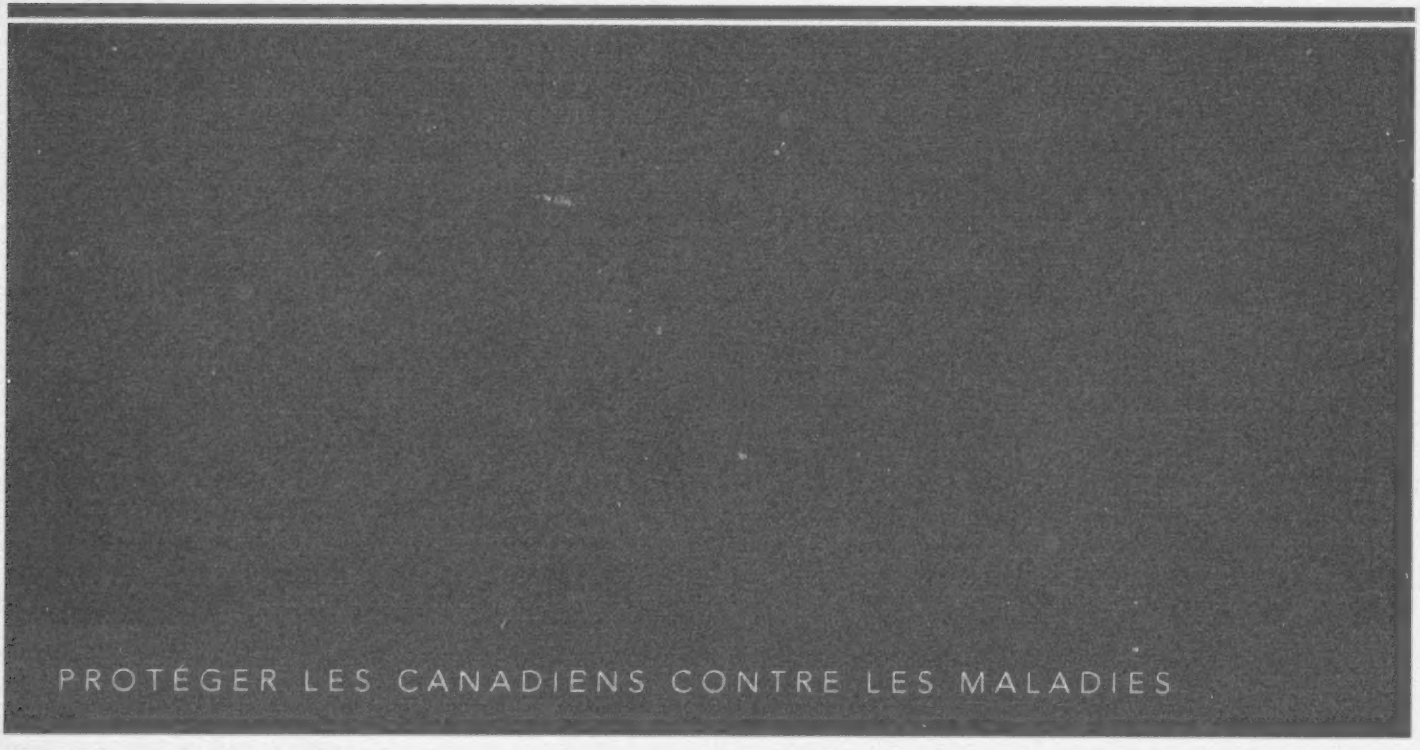
CADRE DES MÉTHODES AUTOCHTONES ÉPROUVÉES

POUR L'INITIATIVE CANADIENNE DES PRATIQUES EXEMPLAIRES



Agence de la santé publique du Canada | Public Health Agency of Canada

Canada

PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS, À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
Ways Tried and True – Aboriginal Methodological Framework for the Canadian Best Practices Initiative

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Téléc. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2015

Date de publication : avril 2015

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat. : HP35-59/2015F-PDF
ISBN : 978-0-660-02027-3
Pub. : 150012

CADRE DES MÉTHODES AUTOCHTONES ÉPROUVÉES

POUR L'INITIATIVE CANADIENNE DES PRATIQUES EXEMPLAIRES

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION 1

2. JUSTIFICATION DU PROJET : ÉTABLISSEMENT DU BESOIN D'ADOPTER UNE NOUVELLE APPROCHE 2

2.1 SURVOL DES MÉTHODES D'ÉVALUATION ET DE RECHERCHE DANS UN CONTEXTE AUTOCHTONE 2

2.2 COMPARAISON DU CONCEPT OCCIDENTAL ET DU CONCEPT AUTOCHTONE DE PRATIQUE EXEMPLAIRE 4

3. FONDEMENT ET MÉTHODE ASSOCIÉS AU CADRE DES MÉTHODES AUTOCHTONES ÉPROUVÉES 6

3.1 NOTRE MODÈLE CONCEPTUEL POUR LE MIEUXÊTRE AUTOCHTONE 6

FIGURE 1 : *Modèle holistique des facteurs de santé autochtone* 8

3.2 ÉLABORATION DU CADRE DES MÉTHODES AUTOCHTONES ÉPROUVÉES 9

4. TROUVER UN JUSTE MILIEU : DÉTERMINER CE QUI FONCTIONNE DANS UN CONTEXTE AUTOCHTONE 10

4.1 DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DES TERMES 11

4.2 APPLICATION ET VALIDATION DU CADRE DES MÉTHODES AUTOCHTONES ÉPROUVÉES 15

5. TRAVAUX FUTURS 19

6. RÉFÉRENCES 20

LISTE D'ANNEXES

ANNEXE A : MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES MÉTHODES ÉPROUVÉES . . . 24

ANNEXE B : MÉTHODES ÉPROUVÉES : GRILLE D'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE CIBLANT LES AUTOCHTONES 27

ANNEXE C : NOUVELLES INTERVENTIONS CIBLANT LES AUTOCHTONES SUR LE PORTAIL . . . 32

ANNEXE D : SYNOPSIS DES SOURCES CONSULTÉES EN CE QUI CONCERNE UNE « BONNE PRATIQUE » DANS DES CONTEXTES AUTOCHTONES 34

ANNEXE E : SPÉCIALISTES INTERROGÉS 38

ANNEXE F : GUIDE D'ENTREVUE 39

1. INTRODUCTION

Le projet Cadre des méthodes autochtones éprouvées a pour objet de présenter un cadre inclusif et adapté à la culture pour recenser et évaluer systématiquement les interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies chroniques chez les Autochtones[1] en vue de les inclure à la section *Méthodes autochtones éprouvées* du Portail canadien des pratiques exemplaires (le Portail) de l'Agence de la santé publique du Canada. Grâce au Cadre des méthodes autochtones éprouvées, l'Agence de la santé publique du Canada (l'Agence) tente d'éliminer les obstacles qui ont empêché la prolifération d'interventions autochtones sur le Portail jusqu'à présent, en utilisant une méthode adaptée à la culture et rigoureuse sur le plan scientifique. La structure de grille d'évaluation proposée dans le Cadre des méthodes autochtones éprouvées est fondée sur des facteurs associés à des interventions réussies en santé publique auprès des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Elle est profondément ancrée dans des *Méthodes autochtones éprouvées*.

Dans sa forme actuelle, le Cadre des méthodes autochtones éprouvées (CMAE) a été façonné par : 1) l'apport d'un groupe d'experts; 2) des praticiens et des chercheurs en santé communautaire autochtone (82 professionnels); et 3) une revue de la littérature. Le Groupe de travail sur les Cadre des méthodes éprouvées, qui a participé à deux phases et composé au total de plus de 20 membres possédant une expertise diversifiée en santé autochtone et en recherche fondée sur des données probantes, a été un élément clé et actif de tous les aspects du projet (voir l'annexe A pour obtenir la liste des membres), notamment en cernant les domaines d'intérêt et en réglant les problèmes liés à l'évaluation des interventions existantes et aux critères de sélection. D'autres collaborateurs ont aussi mis à contribution leur expertise pour des sujets particuliers (voir aussi l'annexe A).

Les interventions issues du CMAE qui sont présentées sur le Portail ont pour objectif d'inspirer et d'appuyer les praticiens, les responsables de l'élaboration de programmes, les évaluateurs et les autres intervenants en santé publique en diffusant de l'information sur les programmes et les processus qui ont porté fruit dans un contexte autochtone. Étant donné la grande diversité des communautés, des peuples et des cultures autochtones, il est clair qu'une intervention particulière ne peut fonctionner pour toutes les communautés. Cependant, on espère que, grâce à la mise en commun des exemples tirés de contextes précis, d'autres intervenants pourront bénéficier des leçons apprises et mettre au point de nouvelles initiatives. De même, à mesure que des initiatives seront mises en commun, le contenu du CMAE s'enrichira et évoluera, puisqu'il est adapté pour inclure de nouvelles idées, informations et perspectives.

[1] Dans le présent document, le terme Autochtone renvoie aux communautés métisses, inuites et des Premières Nations. Malgré l'usage d'une désignation globale, il est important de reconnaître qu'il y a de grandes variations entre ces communautés et au sein de celles-ci.

2. JUSTIFICATION DU PROJET : ÉTABLISSEMENT DU BESOIN D'ADOPTER UNE NOUVELLE APPROCHE

Il est bien connu qu'il y a des écarts sur le plan de la santé entre les Canadiens d'origine autochtone et les Canadiens non autochtones (Reading, s.d.; Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations, 2012; Conseil canadien de la santé, 2005). Pourtant, les renseignements sur la meilleure manière de corriger ces inégalités et d'améliorer la santé et le bien-être sont remarquablement difficiles à trouver.

Bien que le Portail de l'Agence soit un forum canadien où l'on met en commun les pratiques exemplaires en promotion de la santé et les interventions de prévention, il renferme peu d'exemples d'interventions propres aux Autochtones. En novembre 2013, 374 interventions étaient affichées sur le Portail. De ce nombre, 23 (6 %) étaient des interventions ciblant les Autochtones ou des versions adaptées d'interventions générales qui ont été appliquées dans un contexte autochtone.

L'Agence a tenté d'augmenter le nombre d'interventions ciblant les Autochtones qui sont affichées sur le Portail, mais il s'est révélé difficile de recenser de nouvelles interventions en santé publique et de les soumettre à une évaluation au moyen de la structure actuelle de critères du Portail. Le manque de données d'évaluation et/ou la nondisponibilité de données d'évaluation satisfaisant aux critères du Portail constitue un obstacle important à l'inclusion d'interventions ciblant les Autochtones sur le Portail (Stone Circle Consulting, 2010).

Dans les sections qui suivent, nous examinons la nécessité d'adopter une nouvelle approche pour évaluer les interventions qui se sont révélées fructueuses dans un contexte autochtone. Les défis relatifs à la recherche et à l'évaluation sont étudiés, tout comme la littérature actuelle portant sur les « pratiques exemplaires » dans un contexte autochtone. L'analyse se conclut par la présentation d'une nouvelle approche pour le recensement et l'évaluation des interventions en santé publique dans un contexte autochtone.

2.1 Survol des méthodes d'évaluation et de recherche dans un contexte autochtone

Nous savons que d'excellents programmes de santé publique sont actuellement offerts dans les communautés autochtones; cependant, un certain nombre de facteurs peuvent empêcher ces interventions de satisfaire aux critères d'évaluation actuels du Portail de l'Agence. Dans un résumé des travaux de Saini (2012), le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) décrit les différences qui existent entre les méthodes autochtones et occidentales en ce qui concerne les valeurs régissant la recherche :

> « LES MODÈLES DE RECHERCHE OCCIDENTAUX ONT TENDANCE À VALORISER LES MÉTHODES SYSTÉMATIQUES QUI PEUVENT ÊTRE REPRODUITES ET TESTÉES PAR D'AUTRES CHERCHEURS. DANS CE CONTEXTE, LA VALIDITÉ SIGNIFIE SOUVENT QUE LES RÉSULTATS SONT CONSTANTS, FIABLES ET NON INFLUENCÉS PAR DES VARIABLES

> EXTERNES. À L'OPPOSÉ, LES MODÈLES DE RECHERCHE AUTOCHTONES ONT TENDANCE À VALORISER LES MÉTHODES QUI MOBILISENT LES COMMUNAUTÉS ET DONNENT LA PRIORITÉ À LA JUSTICE ET À L'ACTION (CCNSA, S.D.)."

En outre, les modèles de recherche occidentaux hautement valorisés ne prennent pas en compte les valeurs autochtones en matière de recherche. À titre d'exemple, les chercheurs ont omis d'intégrer une approche culturelle dans les essais comparatifs randomisés, et ont ainsi limité l'application de cette méthode « de référence » dans un contexte autochtone, malgré le fait que l'on ait besoin du type de données obtenues à l'aide de cette méthode (Saini et Quinn, 2013).

Les défis rattachés à l'intégration des valeurs autochtones dans les pratiques courantes touchent également le domaine de l'évaluation. Chouinard et Cousins (2007) font état de difficultés importantes liées à la mise en œuvre d'évaluations adaptées à la culture autochtone, y compris le manque de ressources pour entreprendre des approches participatives et des discordances entre les approches adaptées à la culture et les critères d'évaluation des bailleurs de fonds. Un ensemble définitif de pratiques exemplaires pour l'évaluation des interventions autochtones n'a pas été créé; cependant, les universitaires et les praticiens (Van der Woerd, 2010; Chouinard et Cousins, 2007; Fetterman et Wandersman, 2004) ont commencé à mettre en évidence des attributs associés au succès d'une méthode d'évaluation des programmes autochtones, notamment la prise en compte des réalités culturelles et du contexte culturel. La méthode CP&E (Collaborative, Participatory and Empowerment, ou méthode d'évaluation fondée sur la collaboration, la participation et l'habilitation) est également une méthode digne de mention[2].

Il peut également être difficile d'accéder à des données d'évaluation, malgré les niveaux élevés de responsabilisation obtenus grâce aux exigences en matière de déclaration, en particulier dans les cas des programmes financés par le gouvernement fédéral. Les évaluations sont généralement fournies aux bailleurs de fonds, et peuvent ne pas être rendues publiques par les moyens habituels de communication, tels que les publications universitaires ou la littérature grise; les évaluations sont généralement sousfinancées, de sorte que les méthodes employées sont moins approfondies; ou les évaluations peuvent ne pas tenir compte des besoins de la communauté en la matière. De plus, de nombreuses interventions réussies découlent d'un besoin et, même si les résultats peuvent être évidents pour la communauté, ils ne sont pas validés par l'évaluation, en raison d'un manque de ressources ou de la faible priorité accordée à l'évaluation.

La rareté et la nonpublication des données posent un défi au recensement des interventions en santé publique qui ont été mises en œuvre dans un contexte autochtone.

---

[2] Le groupe CP&E (Collaborative, Participatory, and Empowerment Evaluation) est un groupe d'intérêt particulier de l'American Evaluation Association (AEA) qui est appuyé par des experts tels que le Dr David Fetterman, lesquels représentent le quart des membres de l'AEA. Voir le site http://comm.eval.org/cpetig/home (consulté le 24 mai 2014).

2.2 Comparaison du concept occidental et du concept autochtone de pratique exemplaire

L'Agence définit une pratique exemplaire comme :

> « INTERVENTIONS, PROGRAMMES OU INITIATIVES QUI, DANS LE CADRE DE NOMBREUSES MISES EN ŒUVRE, ONT DÉMONTRÉ UNE FORTE INCIDENCE (CHANGEMENTS POSITIFS LIÉS AUX OBJECTIFS SOUHAITÉS), UN HAUT DEGRÉ D'ADAPTABILITÉ (ADAPTATION ET TRANSFÉRABILITÉ RÉUSSIES DANS DIFFÉRENTS MILIEUX) ET UNE GRANDE QUALITÉ DES DONNÉES PROBANTES (QUALITÉ DE LA MÉTHODOLOGIE DE RECHERCHE OU D'ÉVALUATION, QUI VIENT CONFIRMER L'IMPORTANCE DES RÉSULTATS ET LES DONNÉES SUR L'ADAPTABILITÉ).

Comprendre les « pratiques exemplaires » d'un point de vue autochtone

L'utilisation du terme « pratique exemplaire dans un contexte autochtone est en cours d'évolution et suscite la controverse (Fondation autochtone de guérison, 2006; Fondation autochtone de l'espoir, 2011). Tandis que l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) utilise le terme « pratique exemplaire » qu'elle définit comme une « cible mobile » (« *moving target* », tel que cité dans Marriott et Mabel, 2001, p. 21), d'autres préfèrent employer les termes « pratique prometteuse », « bonne pratique » ou « pratique avisée » (Réseau canadien autochtone du sida, 2005; Fondation autochtone de guérison, 2006; Conseil canadien de la santé, 2011; Fondation autochtone de l'espoir, 2011).

Le Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) a décrit un certain nombre de défis associés au concept général de pratique exemplaire dans un contexte autochtone, et en est arrivé à la conclusion suivante : [TRADUCTION] « un tel modèle est inapproprié pour créer des programmes pour les divers contextes culturels et les diverses situations uniques qui caractérisent les communautés autochtones » (2004, p. 3). Du point de vue des Autochtones, la principale difficulté concerne l'aspect lié à la reproductibilité, qui suppose qu'une intervention ou une approche donnée fonctionnera dans tous les contextes. Or, l'idée de reproduire une intervention va à l'encontre des connaissances courantes et des données scientifiques qui exigent que les solutions s'appuient fortement sur le contexte (Aînés de White Feather, lors d'une communication personnelle avec Andrea L. K. Johnson, 14 août 2013; Fondation autochtone de guérison , 2006; RCAS, 2005; Gone, 2008; Barron, 2009; Affaires indiennes et du Nord Canada, 2009; Brown *et al.*, 2010; Reading, Kmetic et Gideon, 2007; Reading et Wein, 2009; Marriot et Mabel, 2001; Smylie *et al.*, 2003; Fondation autochtone de l'espoir, 2011). Une des craintes suscitées, est que, une fois qu'une intervention est désignée comme une « pratique exemplaire », les bailleurs de fonds peuvent décider de financer uniquement les interventions qui constituent une pratique exemplaire, sans tenir compte des priorités locales et du contexte local (remarque d'un participant interrogé).

Le processus est un autre aspect qui est absent de la définition occidentale de pratique exemplaire, et qui est pourtant un élément pivot des contextes autochtones. Comme il a été mentionné précédemment en ce qui concerne la recherche et l'évaluation, la façon dont la recherche est menée au sein de la communauté joue un rôle important dans la qualité des

données probantes. Nous soutenons que le même principe s'applique à l'élaboration et à la mise en œuvre d'interventions en santé publique. Ainsi, les interventions qui sont fortement enracinées dans le contexte communautaire et qui respectent les protocoles communautaires seront plus efficaces que celles qui ne sont pas adaptées à la communauté. Comme l'a mentionné un participant qui a été interrogé : [TRADUCTION] « si vous comprenez la communauté, votre intervention aura de bonnes chances de fonctionner ».

Un nouveau terme : « méthodes éprouvées »

Puisque le terme « pratique exemplaire » ne pouvait pas être utilisé, il est devenu nécessaire de trouver un nouveau terme à employer. Au départ, le terme « bonne pratique » a été envisagé; cependant, ce terme posait aussi un problème, car il évoque une pratique dont la valeur est inférieure à une pratique exemplaire. Lors d'une discussion sur cette question avec Jacqui Lavalley[3], enseignante traditionnelle, ou Ojibwe Kokomis, le terme « méthodes éprouvées » a été proposé.

Voici la justification fournie par Kokomis Lavalley :

> [TRADUCTION] LE PARTAGE DES EFFORTS DÉPLOYÉS DANS LE CADRE DES PROGRAMMES ET DES INITIATIVES QUE NOUS PROPOSONS D'EXAMINER DOIT PORTER SUR LA COMPRÉHENSION DES GESTES ET NON PAS SUR LA DOCUMENTATION DE CE QUI A ÉTÉ ACCOMPLI OU DEVRAIT ÊTRE ACCOMPLI PLUS TARD. SI NOUS NOUS ADRESSONS AUX MEMBRES DES COMMUNAUTÉS, ILS SERONT EN MESURE DE PARLER DU TRAVAIL QU'ILS FONT. NOUS VOULONS SAISIR CE QU'ILS FONT. LA LANGUE ANISHNAWBE EXPRIME QUELQUE CHOSE QUI EST EN TRAIN DE SE PASSER; CHAQUE MOT EST UNE HISTOIRE COMPLÈTE. LORSQUE NOUS NOUS EXPRIMONS DANS UNE LANGUE AUTOCHTONE, NOUS LE FAISONS AVEC FIERTÉ, EN SACHANT QUE NOUS LE FAISONS DE LA MEILLEURE FAÇON POSSIBLE, ET NOUS FAISONS PREUVE D'UN GRAND SENS DE L'HUMOUR. LORSQUE NOUS AVONS ÉTÉ ENVOYÉS AU PENSIONNAT, ON NOUS A INTERDIT DE PARLER LES LANGUES AUTOCHTONES, MAIS ON N'A PAS PU EFFACER DE NOTRE ESPRIT LA FAÇON DONT NOUS VOYONS LE MONDE. LE MONDE EST ACTIF – C'EST LE MODE ACTIF QUE NOUS DEVONS SAISIR. LE MOT « ÉPROUVÉ » FAIT RÉFÉRENCE À CE À QUOI NOUS ACCORDONS DE L'IMPORTANCE ET À CE QUE NOUS JUGEONS CONFORME À NOS NORMES; IL S'AGIT POUR LES AUTRES D'UN GAGE DE CONNAISSANCE QUI INSPIRE LA CONFIANCE ET LE RESPECT."

[3] Jacqui Lavalley, Chippewas de Nawash, Medawin de 2e degré, devenue Kokomis en 1996 au Native Canadian Center of Toronto.

3. FONDEMENT ET MÉTHODE ASSOCIÉS AU CADRE DES MÉTHODES AUTOCHTONES ÉPROUVÉES

3.1 Notre modèle conceptuel pour le mieuxêtre autochtone

Dans l'analyse qui suit, nous présentons la définition de la santé et du mieuxêtre que nous avons utilisée comme fondement du Cadre des méthodes autochtones éprouvées (CMAE). Nous examinons également le lien entre les concepts autochtones de mieuxêtre et la recherche. Ces concepts permettent de combler les écarts liés à la santé et aux mieuxêtre qui existent au sein des groupes autochtones ainsi qu'entre les Canadiens d'origine autochtone et les Canadiens non autochtones.

Les groupes autochtones au Canada sont diversifiés et, même si aucune définition unique du mieuxêtre autochtone n'a été établie, il existe entre les différents groupes plusieurs similitudes sur le plan des perspectives de santé. Par exemple, de nombreux groupes autochtones perçoivent la santé non pas comme l'absence de maladie, une définition privilégiée dans les modèles biomédicaux, mais comme l'équilibre et l'interdépendance – sur le plan de la santé et du bienêtre – de l'esprit, de l'âme (émotions) et du corps avec la personne, (la famille), la communauté et l'environnement (Ootoova *et al.*, 2001; Edge et McCallum, 2006).

L'expression Ojibwe « *Mino-Bimaadiziwin* », qui signifie « mode de vie sain », décrit cet équilibre :

> « [TRADUCTION] IL FAUT TOUJOURS ÊTRE CONSCIENT DE L'INTERRELATION ENTRE LES ÊTRES AFIN D'ASSURER UN MODE DE VIE SAIN, OU MINO-BIMAADIZIWIN. CELA COMPREND LA RECHERCHE DE L'ÉQUILIBRE AVEC LE MILIEU ENVIRONNANT ET LES ÊTRES QUI NOUS ENTOURENT, AINSI QU'AVEC LES BESOINS PROFONDS SUR LE PLAN PHYSIQUE, ÉMOTIF, INTELLECTUEL ET SPIRITUEL QUI FONT PARTIE DE LA NATURE HUMAINE (OJIBWE.ORG). »

Lorsqu'une personne ou une communauté est en déséquilibre, des problèmes de santé peuvent se manifester. Le maintien de l'équilibre dans la vie d'une personne est le facteur le plus important au maintien d'un état de santé optimal et à la prévention des maladies.

L'histoire et l'expérience de la colonisation ont joué un rôle dévastateur dans le bouleversement de cet équilibre, faisant du *Mino-Bimaadiziwin* un objectif difficile à atteindre pour certains membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis. La colonisation et les politiques publiques se sont soldées par la perte de l'autodétermination et l'affaiblissement systématique de la culture et des traditions. Les pensionnats indiens ont infligé des traumatismes (psychologiques, physiques, émotifs et spirituels) aux personnes, aux familles et aux communautés, traumatismes dont les effets se font toujours sentir à ce jour (Barron, 2009).

Le *Mino-Bimaadiziwin* présente une certaine ressemblance avec l'approche des déterminants sociaux de la santé, ce qui aide à conceptualiser les liens entre les facteurs sociopolitiques et

les inégalités sur le plan de l'état de santé. Un faible niveau de scolarité, la pauvreté, des logements inadéquats, l'insécurité alimentaire et l'isolement social sont des facteurs qui entraînent un stress à long terme, lequel joue un rôle dans l'apparition de certaines maladies telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les troubles de santé mentale et le suicide (Minore et Katt, 2007; White et Jodoin, 2007; Bombay, Matheson et Anisman, 2009; Mikkonen et Raphael, 2010). À titre d'exemple, il ressort d'une étude récente que la pauvreté (aiguë ou à long terme) peut nuire à la capacité de prendre des décisions judicieuses (Mani, Mullainathan, Shafir et Zhao, 2013). Dans leur étude, Reading et Wein (2009) font ressortir la nature progressive liée à la perpétuation des déterminants sociaux. Par exemple, de mauvaises conditions de logement sont associées à la violence familiale et aux blessures. Les blessures peuvent se solder par des handicaps qui, à leur tour, peuvent aggraver la pauvreté, l'exclusion sociale et plusieurs autres déterminants de la santé (Minore et Katt, 2007; White et Jodoin, 2007; Mikkonen et Raphael, 2010).

Dans la littérature, on souligne également l'importance de la résilience, ou le développement de facteurs de protection pour la promotion de la santé et la prévention des maladies. Les mécanismes qui influencent la résilience chez une personne ne sont toujours pas tout à fait compris, mais la résilience est considérée comme étant un élément clé qui permet d'atténuer certains facteurs de risque pour la santé (McIvor, Napolean et Dickie, 2009). Il a été démontré que des liens solides avec la culture, la langue et la spiritualité constituent un facteur de protection du mieuxêtre (Chandler et Lalonde, 1998, 2006; McIvor, Napolean et Dickie, 2009). Le degré de capital social et de cohésion sociale au sein des communautés est également cité comme composante essentielle de la santé dans les communautés autochtones, ce qui souligne de nouveau les croyances traditionnelles selon lesquelles l'interconnexion entre les personnes, la famille et la communauté sont vitales à l'équilibre et au mieuxêtre (Barron, 2009; Fleming et Ledogar, 2008).

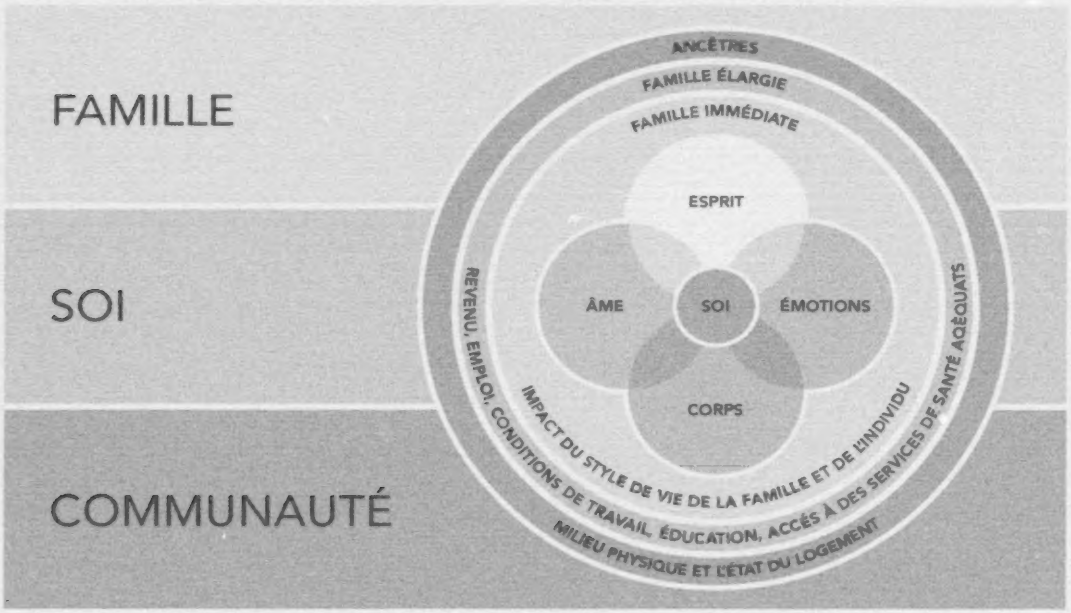
Pour les Inuits, les déterminants sociaux de la santé peuvent être différents de ceux des peuples autochtones du reste du Canada. En particulier, la sécurité alimentaire a été désignée comme l'un des principaux déterminants sociaux de la santé, et les obstacles à la sécurité alimentaire sont liés aux déplacements historiques des peuples. Plus récemment, les changements climatiques ont influencé les déterminants sociaux de la santé chez les membres de ce groupe (Inuit Tapiriit Kanatami, 2007).

La figure 1 cidessous, *Modèle holistique des facteurs de santé autochtone*, illustre le principe d'interconnexion mis de l'avant par le *Mino-Bimaadziwin*, qui a été décrit ci-dessus. Le Soi se trouve à la fois au centre des cercles concentriques et entre la Famille et la Communauté. Les cercles concentriques illustrent les relations entre trois domaines : la Famille, le Soi et la Communauté. Le domaine central, le Soi, existe à l'intérieur de quatre sphères interreliées qui, comme le montre l'image, interagissent continuellement à l'intérieur et à l'extérieur d'un état d'équilibre. Parallèlement à cette lutte personnelle en vue d'attendre l'équilibre intérieur, le Soi interagit également, au niveau extérieur, avec le domaine de la Famille pour établir et honorer des relations avec la famille immédiate, la famille élargie et les ancêtres. Le Soi interagit également avec d'autres unités familiales, dans le domaine de la Communauté. Les concepts liés à la Communauté sont divisés par des déterminants sociaux de la santé. Les facteurs liés au mode de vie du Soi et de la Famille s'harmonisent avec le sousensemble Famille immédiate, où le Soi tente de renforcer son identité personnelle dans le contexte de

la vie familiale, en faisant des choix délibérés, en tentant d'améliorer son mieuxêtre ou en cherchant la stabilité parce qu'il est dans un état de bienêtre.

Le revenu, l'emploi, les conditions de travail, l'éducation et l'accès à des services de santé appropriés s'harmonisent avec le sous-ensemble Famille élargie, où un plus grand nombre de membres de la communauté interagit avec le Soi et la Famille, à mesure que des éléments tels que des choix délibérés ou une incapacité (interne ou externe) à s'engager sur la voie du mieuxêtre influent sur les facteurs liés au mode de vie. Enfin, les conditions environnementales et de logement s'harmonisent avec le sousensemble Ancêtres, où le Soi est appelé à remettre en cause les choix qui ont été faits par ses ancêtres dans le passé et à contribuer et/ou à former une communauté où les conditions environnementales et de logement permettent à ses membres de s'épanouir. Ce dernier sousensemble interagit également avec la Famille et la Communauté en vue de fournir des environnements qui favoriseront et/ou menaceront davantage la subsistance des peuples autochtones au cours des sept générations futures – soit au moment où les choix que nous faisons aujourd'hui seront considérés comme les mauvaises décisions ou les décisions éclairées prises par les ancêtres.

FIGURE 1 : *Modèle holistique des facteurs de santé autochtone*



3.2 Élaboration du Cadre des méthodes autochtones éprouvées

La priorité de l'Agence, du groupe de travail sur les méthodes éprouvées et de Johnston Research Inc. (JRI) consistait à élaborer un cadre autochtone reposant sur des données scientifiques et culturelles, afin de générer un processus d'évaluation rigoureux prenant en compte les interventions des Premières Nations, des Inuits et des Métis. La section 2 a jeté les bases des preuves sur lesquelles le CMAE est fondé. D'un point de vue méthodologique, ce projet peut être divisé en deux phases : 1) la phase d'élaboration du Cadre et 2) la phase de validation du Cadre.

Phase d'élaboration du Cadre des méthodes autochtones éprouvées

Le CMAE a été élaboré en partenariat avec les responsables du projet à l'Agence et les membres du groupe de travail sur les méthodes éprouvées (annexe A), ainsi qu'en consultation avec le groupe de travail sur les méthodes éprouvées; on a également effectué des entrevues avec des spécialistes en santé des Autochtones désignés par le groupe de travail sur les méthodes éprouvées et procédé à des revues de la littérature ciblant des sujets particuliers.

Consultations avec le groupe de travail sur les méthodes éprouvées

Le groupe de travail sur les méthodes éprouvées se compose de professionnels de la santé travaillant dans des organisations gouvernementales ou autochtones. Les travaux ont été entrepris dans le cadre d'une réunion en personne tenue à Ottawa en juillet 2013. Cette réunion a joué un rôle clé pour établir les priorités et l'orientation globales du CMAE.

Les réunions ultérieures du groupe de travail se sont déroulées par téléconférence, chaque mois, pour appuyer l'élaboration du CMAE.

Entrevues avec des spécialistes en santé des Autochtones

Des entrevues téléphoniques avec 11 spécialistes en santé des Autochtones désignés par le groupe de travail sur les méthodes éprouvées ont été menées entre le 29 juillet 2013 et le 16 août 2013 (voir l'annexe E pour obtenir la liste de quelquesuns des spécialistes). Les entrevues portaient principalement sur l'établissement d'un consensus en ce qui concerne le CMAE, notamment sur les concepts autochtones de la santé, l'acceptation des thèmes particuliers et la collaboration avec les communautés (voir l'annexe F pour consulter une copie du guide d'entrevue). Les données recueillies lors des entretiens téléphoniques ont été condensées avec les données de la littérature et les données issues des réunions du groupe de travail sur les méthodes éprouvées.

Revues de la littérature ciblant des sujets particuliers

Des revues de la littérature sur les sujets suivants ont été effectuées pour guider l'élaboration du CMAE : pratiques exemplaires dans un contexte autochtone, priorités en matière de santé des organisations autochtones nationales et concepts autochtones de la santé.

4. TROUVER UN JUSTE MILIEU : DÉTERMINER CE QUI FONCTIONNE DANS UN CONTEXTE AUTOCHTONE

À la lumière des preuves présentées cidessus, nous avons conclu que les interventions autochtones ne sont pas tenues de satisfaire aux critères actuels de l'Agence pour plusieurs raisons liées aux différences concernant les valeurs pour la recherche et l'évaluation, au manque de données d'évaluation et aux différences concernant le concept de pratique exemplaire. Les chercheurs autochtones ont déterminé les caractéristiques des processus qui sont associées à de bonnes pratiques.

Dans la littérature, un certain consensus se dégage quant aux facteurs qui constituent des pratiques prometteuses dans des contextes de santé et de guérison chez les Autochtones, même si ces facteurs découlent de descriptions de processus plutôt que de résultats documentés (voir l'analyse de l'évaluation à la section 3.1 cidessus). Cela suppose généralement que si les processus sont mis en œuvre, des résultats positifs seront obtenus.

Bien que plusieurs organisations aient recensé des interventions qui se sont révélées prometteuses dans un contexte autochtone, aucune de ces organisations n'a, à notre connaissance, défini un ensemble de critères exhaustifs ou une approche méthodique pour évaluer les résultats et le processus. Dans tous les exemples trouvés, nous avons demandé aux communautés ou aux organisations de soumettre les interventions et les pratiques qu'elles jugeaient prometteuses, et les chercheurs ont défini les caractéristiques des pratiques prometteuses sur la base de ces renseignements (voir l'annexe D). Le processus utilisé par chacune de ces organisations est résumé cidessous.

- En 2013, la chercheuse autochtone Kim Scott et le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone ont défini les pratiques prometteuses pour renforcer les familles autochtones vivant en milieu urbain au Canada. Les auteurs ont reconnu que la pratique dépend énormément du contexte et ont utilisé les critères suivants pour sélectionner les projets à inclure dans une analyse d'étude de cas : prise de décision concertée avec les familles autochtones; prestation de services adaptés à la culture; élimination des obstacles liés aux champs de compétence; intégration des services centralisés; obtention des résultats souhaités; et approche souplesse.
- En 2011, le Conseil canadien de la santé (CCS) a publié un recueil de pratiques prometteuses portant sur la santé maternelle et infantile des Autochtones. Le rapport a recensé 22 initiatives, stratégies, politiques et organisations « prometteuses ». Les initiatives ont été prises en compte sur la base de l'autosélection ou de la recommandation à condition qu'elles :
  - fassent progresser l'état de santé des Autochtones;
  - tiennent compte des intérêts et des expériences d'un grand nombre de personnes;
  - soient valorisées et reconnues par des intervenants pertinents;
  - soient bien connues et réputées pour leur succès;
  - puissent être adaptées, de façon à tenir compte du contexte communautaire; et
  - aient, idéalement, fait l'objet d'une évaluation.

Ces critères semblent avoir été mis en application de façon relativement informelle.

- En 2006, la Fondation autochtone de guérison (FADG) a publié un rapport faisant état d'un certain nombre de pratiques de guérison prometteuses au sein des communautés autochtones. Comme dans le cas des travaux du CCS, le contenu du rapport a été établi par le biais de l'autosélection, en ce sens que les communautés et les organisations ont proposé que leur programme soit inclus dans le rapport. Toutes les initiatives soumises ont été incluses dans le rapport[4]. On a demandé aux intervenants clés de proposer des études de cas.
- Un certain nombre de sites Web, dont le site healthevidence.org de l'Université McMaster et le Portail de l'innovation en santé du CCS, comprennent également des interventions ciblant les Autochtones, mais ces interventions ne sont pas prises en compte dans le présent examen parce qu'elles ne sont pas axées sur les contextes autochtones.

Une revue de la littérature portant sur les « pratiques exemplaires », les « pratiques prometteuses » et les « pratiques avisées » destinées aux Autochtones a été menée. À cette fin, sept rapports précis (Scott, 2013; JRI, 2012; CCS, 2011; Smith *et al.*, 2010; FADG, 2006; RCAS, 2004; Marriot et Mabel, 2001) définissant le succès dans un contexte de santé des Autochtones ont été utilisés. Un résumé de cette analyse est présenté à l'annexe D. Chaque critère défini dans les rapports a été examiné – les facteurs qui étaient jugés trop étroitement liés à un sujet ou à une intervention en santé (par exemple, le sida, les programmes de guérison) ont été retirés et les concepts restants ont été regroupés par thèmes, ce qui a permis d'établir une liste des sept éléments suivants associés à de bonnes pratiques en santé dans un contexte autochtone : fondement au sein de la communauté; approche holistique; intégration du savoir culturel autochtone; s'inspirer des forces et des besoins de la communauté; partenariats et collaboration; viabilité; et efficacité. Ces facteurs, à l'exception de la viabilité, constituent le fondement de la structure d'évaluation décrite à la section 4.3. La viabilité a été exclue comme critère à la lumière des discussions avec les participants au groupe de consultation et de l'essai pilote. Plusieurs participants au groupe de consultation ont indiqué que la viabilité était un critère injuste, car les communautés ont peu d'emprise sur le fait qu'une intervention est maintenue ou non. Ce critère a également été retiré en raison du grand degré de variabilité observé chez les évaluateurs pendant le processus d'évaluation.

4.1 Définition opérationnelle des termes

Bien que l'importance de ces six concepts de base fasse l'objet d'un consensus, l'information sur la définition opérationnelle de ces termes se fait rare. Nous avons donc élaboré des définitions opérationnelles fondées sur la littérature et notre expérience de travail dans le domaine. Ces catégories ne sont pas mutuellement exclusives; les éléments de l'intervention sont interconnectés, ce qui cadre avec la vision de la santé et du mieux-être chez les Autochtones, comme il est décrit à la section 3.1 ci-dessus.

Fondement au sein de la communauté

Dans le contexte du CMAE, le concept d'intervention fondée sur la communauté est défini par l'ampleur de la participation des intervenants autochtones (membres de la communauté, fournisseurs de service, dirigeants communautaires, Aînés) à la définition du besoin, à la

[4] En 2011, en collaboration avec la Fondation autochtone de l'espoir, la FADG a donné suite à ces travaux en procédant à l'analyse approfondie de dix pratiques de guérison axées sur la communauté (Fondation autochtone de l'espoir, 2011)

planification, à la conception, à la prestation, à l'adaptation et à l'évaluation d'une intervention. Un scénario de référence est un scénario pour lequel une intervention est mise au point par la communauté (vraisemblablement dans le cadre d'un partenariat) en fonction d'une priorité en matière de santé ou d'un besoin défini.

Les interventions locales ancrées dans le contexte de la communauté sont largement encensées dans la littérature (Reading *et al.*, 2007; FADG, 2006; Marriot et Mabel, 2001). Une intervention qui s'appuie fortement sur la communauté et qui suscite un niveau d'adhésion élevé a plus de chance de fonctionner ou d'être adaptée afin d'être assurée de fonctionner, en raison de l'intérêt direct de la communauté à l'égard de l'intervention (Barron, 2003).

Lorsqu'on dit qu'une intervention ou un programme est axé sur la communauté, cela peut signifier différentes choses pour différentes personnes, et les membres d'une communauté autochtone ou d'autres intervenants peuvent présenter différents degrés de participation lorsqu'il s'agit de mener à bien une intervention.

Pour qu'une intervention soit considérée comme une *méthode éprouvée*, il faut qu'il soit démontré que l'intervention sollicite la participation de la communauté.

Approche holistique

L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) a défini les soins de santé holistique comme une « démarche intégrée qui vise à équilibrer l'esprit, le corps et l'âme avec la communauté et le milieu » (ONSA, 2011). L'approche holistique est étroitement liée aux déterminants sociaux de la santé, et de façon plus générale, à une stratégie axée sur la santé de la population, en ce sens que la démarche prend en compte les nombreux facteurs (statut socioéconomique, éducation, dynamique familiale et santé de la communauté) qui entrent en jeu dans l'atteinte d'un état de bienêtre ou de mieuxêtre.

Bien que les approches holistiques soient favorisées tant sur le plan culturel que théorique, l'un des défis courants auquel les communautés et les organisations font face pour la mise au point d'interventions holistiques concerne la division des sources de financement, qui peut empêcher l'adoption d'approches de grande envergure à l'égard de la santé et du mieuxêtre (ASPC, 2013).

Dans le contexte du CMAE, le concept holistique est divisé en quatre dimensions clés et est organisé en fonction du modèle holistique des facteurs de santé autochtone du CMAE (voir la section 3.1) :

- Dimension 1. Mieuxêtre : esprit (développement des connaissances, sensibilisation, compétences), corps (activité physique, nutrition), émotions (relations, guérison), esprit (mieuxêtre mental, confiance, estime de soi, capacité d'adaptation)
- Dimension 2. Milieux de mise en œuvre (p. ex. école, communauté, résidence, communauté, milieu de travail, commerces)
- Dimension 3. Nature du groupe cible de participants (p. ex. enfants, jeunes, Aînés, familles, membres ou dirigeants de la communauté)
- Dimension 4. Participants des ministères intersectoriels (p. ex. éducation, santé, gouvernance, justice, services sociaux)

Le caractère holistique est évalué selon le degré auquel l'intervention tient compte de

chacune de ces dimensions de façon exhaustive. Cette approche a été adoptée parce que les interventions qui prennent en compte ces dimensions ont plus de chances de succès. Plus particulièrement, le concept holistique devrait être démontré par le biais des aspects du processus qui englobent plusieurs volets de l'intervention, y compris l'endroit où l'initiative est mise en œuvre (s'agitil d'une intervention en milieu scolaire? le cas échéant, présente-t-elle une composante à l'intention des parents/familles?) et le nombre ou le type d'intervenants qui y participent.

Intégration du savoir culturel autochtone

Le concept de l'intégration du savoir culturel autochtone est similaire à celui du fondement au sein de la communauté, avec cette différence qu'il est plus précis. L'intégration du savoir culturel autochtone se définit par la mesure dans laquelle l'intervention traite officiellement des valeurs, de la culture, des expériences et des principes partagés de la communauté ou du groupe dans laquelle ou lequel elle est exécutée, et les intègre à la communauté ou au groupe.

Le savoir culturel autochtone nous révèle les valeurs, la culture, les expériences communes et les principes d'une communauté (Alderete, 1996). En ce qui concerne les traditions autochtones, Kirmayer, Brass et Valaskakis (2009) soutiennent que, bien qu'elle soit ancrée dans le passé, la culture n'est pas statique, mais elle change et évolue de façon à correspondre aux nouvelles idées et aux nouveaux enjeux.

S'inspirer des forces et des besoins de la communauté

Le développement communautaire est la mesure dans laquelle l'intervention tient compte de la capacité ou de l'état de préparation de la communauté, détermine les forces et les faiblesses dans le milieu de mise en œuvre dès le début et intègre des mécanismes pour tirer profit des forces et combler les lacunes tout au long du processus de mise en œuvre. Les interventions qui misent sur les forces et qui tentent de corriger les faiblesses sont jugées plus efficaces (Barron, 2003). Un scénario du CMAE est un scénario où un programme axé sur la communauté évolue et devient un exemple pour les autres, et cet aspect est mis en évidence par la reproduction de l'initiative dans d'autres communautés autochtones.

Partenariats et collaboration

Les partenariats et la collaboration sont définis par la mesure dans laquelle l'intervention est appuyée par une communauté ou une organisation (d'autres ministères ou institutions) ainsi que d'autres organismes externes à la communauté (administration fédérale, provinciale, municipale; ONG, institutions). Souvent, l'établissement des partenariats et de la collaboration est lié à la présence d'un champion de projet et à la capacité des responsables du projet à nouer des liens solides. Dans ce cas, outre la relation de financement existante, on met l'accent sur la collaboration significative entre les partenaires. Un scénario du CMAE est un scénario où de nombreux ministères travaillent ensemble et en collaboration avec le gouvernement/les ONG ou d'autres partenaires pour mener à bien une intervention, et où un ou plusieurs champions de projet ont été désignés.

De nombreux chercheurs et spécialistes du domaine de la santé des Autochtones se penchent sur l'importance de reconnaître, de valoriser et d'intégrer de « nombreux types de savoir » (Brant-Castellano, 2001; DionStout et Kipling, 2001; Anderson, 2003; Smylie *et al.*, 2004). Le savoir autochtone est une composante importante tout comme les autres types de connaissances.

On peut soutenir à juste titre que ces types de savoir deviennent intégrés dans le cadre d'un processus de partenariat et de collaboration.

> "LA COLLABORATION DÉCRIT LES EFFORTS CONSACRÉS SUR UNE PLUS LONGUE PÉRIODE ET DE MANIÈRE PLUS DÉLIBÉRÉE PAR DES ORGANISATIONS ET DES GROUPES POUR ENTREPRENDRE DES ACTIVITÉS CONJOINTES NOUVELLES. LA COLLABORATION, OU LA CRÉATION DE PARTENARIAT (LES DEUX TERMES ONT LA MÊME SIGNIFICATION), EXIGE UN TRAVAIL INTENSIF (LABONTE 2003, P. 28)."

Bien que le partenariat et la collaboration soient importants dans tous les contextes, cette dimension revêt toute son importance dans de nombreux milieux autochtones en raison des obstacles liés aux champs de compétence et d'autres obstacles historiques. L'établissement d'un plan tripartite pour la santé entre les Premières Nations de la ColombieBritannique et les gouvernements fédéral et provinciaux est salué comme une approche prometteuse pour combler les lacunes liées aux obstacles historiques des champs de compétence et comme un mécanisme permettant d'améliorer la santé et le mieuxêtre (ASPC, 2013).

Efficacité

Comme il a été expliqué de façon exhaustive à la section 3.1, les interventions qui fonctionnent dans des contextes propres aux Premières Nations ne font pas toujours l'objet d'une évaluation ou peuvent faire appel à d'autres méthodes d'évaluation. Dans le contexte du CMAE, les interventions doivent être associées à des résultats positifs (prévus ou non); cependant, les résultats n'ont pas à être démontrés par un processus d'évaluation officiel ou standard.

Il doit y avoir suffisamment d'information disponible pour établir l'efficacité de l'intervention. Parmi les données probantes qui sont jugées de qualité acceptable, mentionnons les rapports ou les articles de revues examinés par des pairs, les rapports figurant dans la littérature grise, les rapports internes, les rapports témoignant d'expériences vécues et utilisant des méthodes de collecte de données propres aux Autochtones, comme les contes, les cercles de parole et les témoignages. Des récits numériques sous forme de vidéos, de blogues et dans d'autres formats seront également acceptés à titre de preuve.

Dans le contexte du CMAE, l'efficacité désigne la mesure dans laquelle une intervention a permis d'obtenir des résultats positifs prévus ou non prévus qui sont substantiellement ou statistiquement significatifs au sein des groupes cibles. Les groupes cibles peuvent se composer de cohortes précises ou de sousensembles de la population (p. ex. Aînés, jeunes, enseignants, etc.), de communautés entières, d'organisations et/ou de partenaires. Aucune distinction n'a été faite entre les résultats prévus (résultats qui étaient prévus au début de l'intervention) et les résultats non prévus; l'accent a été mis sur les effets positifs.

Dans le cadre de la définition, nous avons traité de la même façon la signification statistique et la signification substantielle, en partant du principe selon lequel les méthodes favorisées dans un contexte autochtone ne sont pas toujours celles qui fournissent des données statistiques et, même si elles le font, la signification statistique, ou importance statistique, pourrait ne pas se traduire par une importance pratique. La signification substantielle est à la fois : 1) une interprétation qualitative des résultats (p. ex. significative ou importante pour promouvoir la

justice sociale et instaurer une société équitable), et 2) une interprétation quantitative des résultats (p. ex. un calcul mathématique conçu pour améliorer les résultats des tests statistiques de signification). Donald Campbell (1963) a défini la signification substantielle comme la description des résultats qui sont significatifs ou importants pour l'instauration d'une justice sociale, comme les changements de politiques en vue de créer une société utopique. Weiss (2000: 300) fournit un exemple d'une telle situation. Les résultats d'évaluation qui se révéleraient statistiquement significatifs pourraient [TRADUCTION] « (...) présenter peu d'effet ou des effets indésirables extrêmement déplaisants ». Du point de vue du CMAE, le terme signification substantielle est utilisé de façon générale pour désigner non seulement la taille de l'effet quantitatif, mais pour inclure également des considérations qualitatives ou pratiques telles que l'importance culturelle, politique ou économique. Autrement dit, la signification substantielle renvoie à la mesure dans laquelle les conclusions sont significatives dans la communauté et le contexte où elles sont observées. La détermination de la signification substantielle est par nature plus subjective, mais il s'agit de quelque chose qui devrait pouvoir être jugé avec une certaine précision par les intervenants possédant de l'expérience dans le domaine de la santé autochtone.

La nature des résultats revêt également de l'importance dans le cadre de la définition de l'efficacité, où la présentation des résultats représente le niveau le plus bas de démonstration de l'effet, suivie de l'amélioration démontrée des connaissances (ou sensibilisation) et, enfin, de la modification du comportement (notamment la modification du comportement personnel ou des pratiques, le changement organisationnel, systémique et/ou stratégique).

Dans le Cadre des méthodes autochtones éprouvées, une norme serait un scénario où une intervention aurait permis d'améliorer un comportement de façon (substantiellement ou statistiquement) significative (p. ex. modification de la pratique personnelle ou professionnelle, changement organisationnel et/ou stratégique) au sein du groupe cible.

4.2 Application et validation du Cadre des méthodes autochtones éprouvées

Au moyen des six critères décrits cidessus, nous avons élaboré une structure de grille d'évaluation de manière à permettre l'évaluation systématique des interventions. Le recours à cette grille d'évaluation aidera à surmonter les difficultés liées à l'inclusion d'interventions ciblant les Autochtones sur le Portail. La grille d'évaluation est fournie à l'annexe B. Un guide a également été rédigé pour accompagner la grille d'évaluation.

Phase de validation du Cadre des méthodes autochtones éprouvées

Les activités de validation du Cadre, qui ont eu lieu entre février et juin 2014, comprenaient plusieurs activités internes et externes, notamment : un essai pilote, l'établissement de la fiabilité interévaluateurs et l'obtention de rétroaction sur le CMAE de la part des intervenants clés lors d'un certain nombre de séances de consultation externes.

Le CMAE s'éloigne considérablement de l'approche strictement académique pour l'évaluation des pratiques exemplaires. Il représente également une façon originale d'examiner les interventions en santé publique portant sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis et décrit les obstacles qui entravent systématiquement l'application des approches occidentales d'évaluation dans un contexte autochtone. Compte tenu du caractère unique de ce projet et

de son éventuelle nature délicate, le groupe de travail sur les méthodes éprouvées et les responsables du projet à l'Agence ont appuyé une mesure visant à entreprendre un vaste processus de consultation. La stratégie de validation visait à atteindre quatre objectifs principaux :

1. obtenir et recueillir la rétroaction de spécialistes du domaine afin de renforcer les outils d'évaluation;
2. partager l'information sur l'initiative du Portail de l'Agence et promouvoir le projet Méthodes éprouvées en particulier;
3. assurer la pertinence et la crédibilité de l'approche;
4. évaluer les outils d'évaluation et parvenir à un consensus / faire en sorte qu'ils soient acceptés (outil et grille d'évaluation).

Essai pilote

Un essai pilote portant sur 20 interventions en santé publique chez les Autochtones a permis de mettre à l'essai le Cadre. Les interventions ont été identifiées au moyen de trois processus: revue systématique de la littérature universitaire pour analyser les interventions; analyse des sites Web et des rapports de littérature grise; et obtention de suggestions de la part de personnesressources du groupe de travail sur les méthodes éprouvées. Le processus de sélection des interventions est décrit de façon détaillée à la section 4.1.

Établissement de la fiabilité interévaluateurs

Sept des 20 interventions ont été évaluées à l'aide des outils et de la grille d'évaluation par deux examinateurs indépendants. La variation des scores globaux allait de un à trois points. La fiabilité différait selon les critères. Par exemple, le critère « viabilité » correspondait à la fiabilité interévaluateurs la plus faible, tandis que les critères « fondement au sein de la communauté », « partenariats et collaboration » et « approche holistique » présentaient la fiabilité interévaluateurs la plus élevée parmi les examinateurs indépendants. Les changements simultanés apportés à la grille d'évaluation ont compliqué la vérification de la fiabilité interévaluateurs et ont fait en sorte qu'il a été difficile de formuler des conclusions à cet égard. Par exemple, tout au long de la période de vérification de la fiabilité interévaluateurs, nous avons apporté des modifications aux critères, et nous avons continué de le faire par la suite. L'étude de la fiabilité interévaluateurs pourrait faire l'objet de travaux futurs. Entretemps, toutes les interventions devraient être évaluées par deux personnes à l'aide de la grille d'évaluation.

Malgré les efforts déployés pour établir une distinction objective entre les critères et les niveaux de chaque élément de la grille d'évaluation, il reste que l'évaluation des critères comporte un certain niveau de subjectivité. Comme c'est le cas lors de l'utilisation de tout outil de cette nature, des examinateurs différents pourraient donner des scores différents à une intervention. Une légère différence (de l'ordre de un ou deux points) est prévue entre les scores attribués par différents examinateurs.

Le Centre pour l'avancement de la santé des populations Propel effectuera également un examen indépendant de l'évaluation, conformément au processus établi par l'Agence pour toutes les interventions incluses dans le Portail.

Séances de consultation externes

Quatre séances de consultation ont été tenues entre février et juin 2014. En général, ces séances étaient axées sur la mise en commun de l'information sur le CMAE et la formulation de commentaires en vue d'améliorer les outils. Des évaluations ont été effectuées à la suite de chacune des séances. Une analyse de chacune des séances de consultation est présentée cidessous.

Causerie au coin du feu : webinaire sur les méthodes éprouvées

Le 26 février 2014, la Division des interventions liées aux maladies chroniques et des pratiques exemplaires de l'Agence a tenu une causerie au coin du feu en collaboration avec CHNET-WORKS. Le webinaire a attiré environ 200 praticiens, planificateurs, décideurs et responsables des politiques dans le domaine de la santé publique ainsi que d'autres intervenants communautaires travaillant à promouvoir la santé et à prévenir les maladies au sein des communautés autochtones partout au Canada.

L'objectif de cette rencontre consistait à mettre en commun l'information sur le processus d'élaboration du CMAE. L'événement a suscité une forte participation, comme l'a fait remarquer le coordonnateur de CHNET-WORKS, ce qui donne une idée de l'intérêt pour les travaux dans ce domaine.

Conférence de l'Alliance pour la prévention des maladies chroniques au Canada (APMCC) : atelier sur les méthodes éprouvées

Le 27 mars 2014, l'Agence a tenu un atelier préconférence dans le cadre de la conférence annuelle de l'APMCC. L'atelier a attiré 37 représentants d'un éventail d'organisations nationales et communautaires : la Société canadienne du cancer; l'Association canadienne pour la santé mentale de l'Ontario; le Service correctionnel du Canada; le Conseil tribal du Keewatin (CTK); la Première Nation algonquine des Anishinabeg de Kitigan Zibi; et la Première Nation de Kwanlin Dün. Dans le cadre de l'atelier, les participants ont découvert le CMAE et ont été invités à utiliser les outils d'évaluation des interventions. Dans l'ensemble, il ressort de la transcription des évaluations et des analyses que les participants ont une attitude positive à l'égard de la grille d'évaluation. Parmi les suggestions formulées par les participants, citons l'amélioration de la précision des définitions opérationnelles des critères.

Conférence PEGASUS sur la santé mondiale

Le 3 mai 2014, des représentants de JRI ont donné une présentation à un groupe de 12 étudiants en médecine, médecins, administrateurs de la santé et administrateurs universitaires dans le cadre de la conférence PEGASUS sur la santé mondiale. Les participants ont été guidés dans le cadre d'un processus d'étude de cas similaire à celui présenté lors de la conférence de l'APMCC. Les résultats de l'évaluation se sont révélés positifs. Les participants ont notamment proposé que l'on précise davantage les définitions des critères, en particulier la définition du critère « approche holistique ». Plusieurs participants ont mentionné la possibilité d'utiliser le CMAE dans le milieu universitaire comme outil d'enseignement.

Groupe de consultation virtuel sur les méthodes éprouvées

Une séance de consultation virtuelle a été tenue le 11 juin 2014. Il s'agissait du dernier des quatre événements de validation prévus. Treize personnes ont participé au groupe de consultation, dont des universitaires autochtones, des universitaires ayant une expertise en santé autochtone, des évaluateurs, des fournisseurs de services de première ligne et des

responsables des politiques. Le groupe de travail et les responsables du projet avaient invité 28 personnes à l'événement en fonction de leur expertise particulière ou de leur engagement dans le domaine de la santé autochtone.

Les discussions portant sur le CMAE étaient centrées sur trois questions fondamentales :

1. Le choix des critères est-il pertinent?
2. Cette structure d'évaluation nous permettratelle de mieux tenir compte des interventions ciblant les Premières Nations, les Inuits et les Métis?
1. Croyezvous que nous atteindrons un équilibre convenable entre la rigueur et l'inclusion à l'aide de l'approche proposée?

Dans la mesure du possible, la rétroaction obtenue lors de chacune de ces réunions a été prise en compte dans la conception du CMAE.

5. TRAVAUX FUTURS

Ce Cadre constitue une première étape dans la définition d'une « bonne pratique » et l'établissement de critères d'évaluation axés sur le point de vue des Autochtones et, à ce titre, les travaux devraient être envisagés comme une démarche fortement axée sur le développement et ouverte à de nouvelles interprétations et réflexions. Étant donné la nature exploratoire de ces travaux, il y a plusieurs domaines où l'Agence pourrait vouloir renforcer le CMAE par le biais de projets futurs.

1. Examiner la structure du CMAE dans un an (2015-2016) pour déterminer comment elle fonctionne et si elle répond aux besoins.
2. Surveiller le trafic Web dans la section *Méthodes autochtones* éprouvées du Portail afin de mesurer l'utilisation de cette section du site et de prévoir les besoins en matière de communication.
3. Évaluer la possibilité de créer un fichier d'annotation propre aux Autochtones. Un tel fichier permettrait de mettre l'accent sur les récits ayant inspiré les interventions, les expériences vécues, les facteurs de réussite et les leçons apprises.
4. Examiner comment ces travaux cadrent avec d'autres initiatives dans le domaine de la santé des Autochtones, y compris le projet Voies de l'équité en santé de même qu'avec d'autres applications possibles (notamment l'utilisation du CMAE comme outil d'enseignement).

6. RÉFÉRENCES

(1) Affaires indiennes et du Nord Canada. (2009). Évaluation de l'impact de la Stratégie globale de guérison des Innus du Labrador. Rapport final. Consulté à l'adresse : https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1328551234085/1328552330777

(2) Agence de la santé publique du Canada. (s.d.) « Qu'est-ce qu'une pratique exemplaire? ». Consulté à l'adresse : http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/interventions/about-best-practices/

(3) Barber, K (Ed.). (2004). Canadian Oxford Dictionary (2nd ed.). Toronto: Oxford University Press.

(4) Barron, M. (2004). Culture, Capacity and Collaboration: Building on First Principles in Addressing First Nations Communities in Crisis (document non publié). Préparé pour la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

(5) Barron, M. (2009). International Approaches to Indigenous Communities in Crisis: Lessons Learned. Préparé pour le Groupe de réflexion sur les communautés en situation de crise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

(6) Bombay, A., Matheson, K., & Anisman, H. (2009). Intergenerational Trauma: Convergence of Multiple Processes Among First Nations Peoples in Canada. Journal of Aboriginal Health, 5, 6-47.

(7) Brown, D., Menzies, P. et Skinner, W. (2010). Voies d'accès aux soins pour des cheminements de guérison : modèle systémique pour orienter le renouvellement du PNLAADA : document de travail. Préparé pour le Comité consultatif de lutte contre la toxicomanie chez les Premières nations. Consulté à l'adresse : http://www.nnadaprenewal.ca/sites/www.nnadaprenewal.ca/files/en/2010/10/care-pathways-healing-journeys-systems-model-support-nnadap-renewal.pdf

(8) Campbell, D. T. et Stanley, J. C. (1963). Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research [On Teaching]. Chicago : Rand McNally. 1963.

(9) Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (s.d.). Modèles de recherche autochtones. La valorisation du savoir dans son contexte (contenu Web). Consulté à l'adresse : http://www.nccah-ccnsa.ca/394/modeles-de-recherche-autochtones.nccah.

(10) Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Enquête régionale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2008-10. Consulté à l'adresse : http://fnigc.ca/sites/default/files/docs/rhs_phase_2_2008_2010_fr_final_0.pdf

(11) Chandler, M. J. & Lalonde, C. (1998). Cultural Continuity as a Hedge Against Suicide in Canada's First Nations. Transcultura IPsychiatry, 35, 191-219.

(12) Chandler, M. J. & Lalonde, C. (2004). Transferring Whose Knowledge? Exchanging Whose Best Practices? On Knowing About Indigenous Knowledge and Aboriginal Suicide. In J. White , P. Maxim, and D. Beavon (Eds.), Aboriginal Policy and Research: Setting the Agenda for Change, Vol. 2, pp. 111-123. Toronto, ON: Thompson Educational Publishing.

(13) Chandler, M. J. & Lalonde, C. (2009). Cultural Continuity as a Moderator of Suicide Risk among Canada's First Nations. In L. Kirmeyer & G. Guthrie Valaskakis (Eds.), Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada, pp. 221-248. Vancouver, BC: UBC Press.

(14) Chouinard, J. A., & Cousins, J. B. (2007). Culturally Competent Evaluation for Aboriginal Communities: A Review of the Empirical Literature. Journal of MultiDisciplinary Evaluation, 4, 40-57.

(15) Conseil canadien de la santé. (2005). L'état de santé des Premières nations, des Métis et des Inuits du Canada. Document de travail joint à Renouvellement des soins de santé au Canada : accélérer le changement. Consulté à l'adresse : http://www.conseilcanadiendelasante.ca/rpt_det.php?id=125

(16) Conseil canadien de la santé. (2008). Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile chez les Autochtones au Canada : conversations sur les pratiques prometteuses au pays. Consulté à l'adresse : http://www.conseilcanadiendelasante.ca/accord.php?mnu=1&mnu1=7

(17) Conseil canadien de la santé. (2011). Understanding and Improving Aboriginal Maternal And Child Health in Canada: Compendium of Promising Practices. Consulté à l'adresse : http://ahrnets.ca/files/2011/08/Compendium-_Final_ENG.pdf

(18) Edge, L. & McCallum, T. (2006). Métis Identity: Sharing Traditional Knowledge and Healing Practices at Métis Elders' Gatherings. Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 4, 83-116. Consulté à l'adresse : http://pimatisiwin.com/uploads/1399918655.pdf

(19) Fetterman, D. M., & Wandersman, A. (2005). Empowerment Evaluation Principles In Practice. New York: Guilford Press.

(20) Fleming, J. & Ledogar, R. (2008). Resilience and Indigenous Spirituality: A Literature Review. Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 6, 47-48.

(21) Fondation autochtone de guérison. (2006). Rapport final de la Fondation autochtone de guérison. Volume III. Pratiques de guérison prometteuses dans les collectivités autochtones. Consulté à l'adresse : http://www.fadg.ca/downloads/volume-iii-rapport-final.pdf

(22) Fondation autochtone de l'espoir. (2011). Guérison et décolonisation : trousse à outils Rapprocher nos communautés. Consulté à l'adresse : http://www.fondationautochtonedelespoir.ca/downloads/boc-report-fr.pdf

(23) Garroutte, E. M., Goldberg, J., Beals, J., Herrell, R., Manson, S. M., & AI-SUPERPFP Team. (2003). Spirituality and Attempted Suicide Among American Indians. Social Science & Medicine, 56,1571-1579.

(24) Gone, J. P. (2008). « Ouvrir la voie autochtone au mieux-être dans le nord du Manitoba : le Pisimweyapiy Counselling Centre » dans J. B. Waldram (dir.), La guérison autochtone au Canada : études sur la conception thérapeutique et la pratique (p. 159-246). Rédigé pour le compte du Réseau national de recherche en santé mentale chez les Autochtones en partenariat avec la Fondation autochtone de guérison.

(25) Hallett, D., Chandler, M.J., et Lalonde, C.E. (2007). Aboriginal language knowledge and youth suicide. Cognitive Development, 22, 392-399.

(26) Institute of Health Economics and Canadian Institutes of Health Research. (2011). Aboriginal Peoples' Wellness in Canada: Scaling Up the Knowledge: Cultural Context and Community Aspirations. Consulté à l'adresse : http://www.ihe.ca/documents/Aboriginal%20Roundtable%20Report.pdf

(27) Instituts de recherche en santé du Canada. (2013). Lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé chez les peuples autochtones. Consulté à l'adresse : http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/29134.html

(28) Inuit Tapiriit Kanatami. (2007). Social determinants of Inuit health in Canada: A discussion paper. Consulté à l'adresse : http://ahrnets.ca/files/2011/02/ITK_Social_Determinants_paper_2007.pdf.

(29) Johnston Research Inc. (2013). South West and Erie St. Clair LHIN: Indigenous Mental Health Strategy (document non publié).

(30) Kirmayer, L.J., Brass, G.M., & Valaskakis, G. (2009?). Conclusion: Healing/Inventions/Tradition. In L.J. Kirmayer & G. Valaskakis (Eds.), Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada (pp. 440-472). Vancouver, BC: UBC Press.

(31) Labonte, R. (2003). L'incidence de nos programmes sur les déterminants de la santé de la population : guide pour améliorer la planification et la reddition de comptes. Publication préparée par Ronald Labonte, directeur, Saskatchewan Population Health and Evaluation Research Unit pour Santé Canada.

(32) Littlejohns, Baugh, L. & Smith, N. (2008). What Is Success in a Healthy Communities Initiative? Insights Into Community Capacity. Manifestation: Journal of Community Engaged Research and Learning Partnerships, 1(1), 34-45.

(33) McIvor, O., Napolean, A., & Dickie, K. (2009). Language and Culture as Protective Factors for At-Risk Communities. The Journal Of Aboriginal Health, 6-26. Consulté à l'adresse : http://www.naho.ca/jah/english/jah05_01/V5_I1_Protective_01.pdf

(34) Mani,A., Mullainathan, S., Shafir, E., & Zhao, J. (2013). Poverty impedes cognitive function. Science, 30, 976-980.

(35) Marriott, J. & Mable, A. (2001). A Path to a Better Future: A Preliminary Framework for a Best Practice Program for Aboriginal Health and Health Care. Ottawa, ON: Organisation nationale de la santé autochtone.

(36) Mikkonen, J. et Raphael, D. (2011). Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes. Toronto, École de gestion et de politique de la santé de l'Université York. Consulté à l'adresse : http://www.thecanadianfacts.org/

(37) Minore, B. & Katt, M. (2007). Aboriginal Health Care in Northern Ontario. Impacts of Self-Determination and Culture. IRPP Choices, 13. Ottawa, Institut de recherche en politiques publiques.

(38) Ojibwe. Org. (n.d.). Teacher Resource Guide. http://www.ojibwe.org/home/pdf/episode4_teacher_guide.pdf.

(39) Ootoova, I., Qaapik Atagutsiak, T., Ijjangiaq, T., Pitseolak, J., Joamie, A. (pour Aalasi), Joamie, A. (pour Akisu), Papatsie, M., Therrien, M. et Laugrand, F. (2001). Interviews d'aînés inuit. Volume 5. Bien-être physique et psychique. Consulté à l'adresse : http://www.tradition-orale.ca/francais/pdf/Perspectives-On-Traditional-Health-F.pdf

(40) Organisation nationale de la santé autochtone. (2007). PCAP : propriété, contrôle, accès et possession. Approuvé par le Comité de gouvernance sur l'information des Premières Nations, Assemblée des Premières Nations. Ottawa, Organisation nationale de la santé autochtone.

(41) Organisation nationale de la santé autochtone. (2011). Holistic Health and Traditional Knowledge. Consulté à l'adresse : http://www.naho.ca/blog/2011/07/25/holistic-health-and-traditional-knowledge/

(42) Reading, C. L. et Wein, F. (2009). Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones. Victoria, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

(43) Reading, J. (n.d.). The Crisis of Chronic Disease Among Aboriginal Peoples: A Challenge for Public Health, Population Health and Social Policy. Consulté à l'adresse : http://cahr.uvic.ca/nearbc/documents/2009/CAHR-B2-Chronic-Disease.pdf

(44) Reading, J., Kmetic, A. et Gideon, V. (2007). Modèle holistique de planification et de politique des Premières Nations : document de travail pour la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la santé. Ottawa, Assemblée des Premières Nations.

(45) Réseau canadien autochtone du sida. (2004). Foundations of a Good Practices Approach. Consulté à l'adresse : http://caan.ca/wp-content/uploads/2010/03/CAAN-Best-Practices-Manual.pdf

(46) Rockwell and Bennett. Rockwell, K., & Bennett, C. (2004). Targeting outcomes of programs: A hierarchy for targeting outcomes and evaluating their achievement. Faculty publications: Agricultural Leadership, Education & Communication Department. Consulté à l'adresse : http://digitalcommons.unl.edu/aglecfacpub/48/

(47) Saini, M. et Quinn, A. (2013). Revue systématique des essais comparatifs à répartition aléatoire portant sur les problèmes de santé en contexte autochtone. Consulté à l'adresse : http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/94/RCT_FR_web.pdf

(48) Scott, K. (2013). Le renforcement des familles autochtones urbaines : examen de pratiques prometteuses. Consulté à l'adresse : http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/87/Urban_Families_FR_web.pdf

(49) Smith, D., Edwards, N., Peterson, W. Jaglarz, M., Laplante, D., & Estable, A. (2010). Rethinking nursing practices with Aboriginal communities: Informing dialogue and action. Nursing Leadership, 22, 24-39.

(50) Smylie, J., Martin, C.M., Kaplan-Myrth, N., Steele, L., Tait, C. & Hogg, W. (2003). Knowledge translation and Indigenous knowledge. International Journal of Circumpolar Health, 63.

(51) Stone Circle Consulting. (2010). Towards a better understanding of best practices in Aboriginal injury preventions (document non publié).

(52) Van der Woerd, K. (2010). Évaluation de programme : Approches en milieu autochtone. Consulté à l'adresse : http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/125/Indigenous%20prog%20eval%20FR%20web.pdf

(53) Weiss, C.H. (2000). The Experimenting Society in a Political World. In Bickman, Leonard (editor). Validity and Social Experimentation – Donald Campbell's Legacy. Sage Publications Ltd. London: 285.

(54) White Feather Elders Steering Committee et Johnson, A.L.K. (14 août 2013). Entrevue personnelle.

(55) White, J. et Jodoin, N. (2004). Guide des stratégies prometteuses pour la prévention du suicide chez les jeunes Autochtones. Calgary (Alb.), Centre pour la prévention du suicide.

ANNEXE A : MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL SUR LES MÉTHODES ÉPROUVÉES

PHASE 1

Dr Samir Khan (coprésident)
Analyste principal de la recherche
Division de l'information, de l'analyse et de la recherche sur la santé
Santé Canada
DGSPNI

Nina Jetha (coprésidente)
Gestionnaire
Initiative canadienne des pratiques exemplaires
Agence de la santé publique du Canada

Andrea L.K. Johnston
Présidente-directrice générale
Johnston Research Inc.

Anna Fowler
Directrice adjointe
Ministère de la Santé et du Développement social
Inuit Tapiriit Kanatami (ITK)

Conrad Saulis
Directeur des politiques
Association nationale des centres d'amitié

Donna Atkinson, M.A.
Gestionnaire
Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

Kahontakwas Diane Longboat, M.Éd.
Territoire des Six Nations de la rivière Grand

Jennifer Corbiere
Gestionnaire
Programme d'aide préscolaire aux Autochtones
Agence de la santé publique du Canada

Lori Lafontaine
Gestionnaire, Programmes autochtones
Premiers soins en santé mentale Canada

Lori Meckelborg
Johnston Research Inc.

Mélissa Nader, Ph.D.
Analyste
Agence de la santé publique du Canada / Région du Québec

Michelle Tracy
Gestionnaire de projet
Initiative canadienne des pratiques exemplaires
Agence de la santé publique du Canada

Munira Lalji
Analyste, Développement et échange des connaissances
Bureau du directeur régional
Agence de la santé publique du Canada

Susan Courage, IA, B.Sc.Inf.
Conseillère principale en soins infirmiers
Initiative canadienne sur les pratiques exemplaires
Agence de la santé publique du Canada

Nancy Sagmeister
Consultante en santé des Autochtones

Renee Bowers
Conseillère en maladies chroniques
Santé Canada
DGSPNI

Sarah M. Steeves
Agente de programme
Programme de lutte contre les toxicomanies
Santé Canada
DGSPNI

PHASE 2

Nina Jetha (présidente)
Gestionnaire
Initiative canadienne des pratiques exemplaires
Agence de la santé publique du Canada

Andrea L.K. Johnston
Présidente-directrice générale
Johnston Research Inc.

Anna Fowler
Directrice adjointe
Ministère de la Santé et du Développement social
Inuit Tapiriit Kanatami (ITK)

Aradhana Patel
Agente de programme
Développement sain des enfants
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada

Beverley Whitehawk
Directrice, Soins de santé primaires
Secrétariat à la santé et au développement social
Fédération des nations indiennes de la Saskatchewan

Conrad Saulis
Directeur des politiques
Association nationale des centres d'amitié

Donna Atkinson, M.A.
Gestionnaire
Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

Jennifer Corbiere
Gestionnaire
Programme d'aide préscolaire aux Autochtones
Agence de la santé publique du Canada

Kahontakwas Diane Longboat, M.Éd.
Territoire des Six Nations de la rivière Grand

Kokomis Jacqui Lavalley
Chippewas de Nawash

Kate Zhang
Analyste
Région de l'Alberta et des Territoires du NordOuest
Agence de la santé publique du Canada

Lori Meckelborg
Gestionnaire de comptes / Chercheuse
Johnston Research Inc.

Nancy Sagmeister
Consultante

Renee Bowers
Conseillère en maladies chroniques
Prévention des maladies chroniques
Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits
Santé Canada

Steve Jreige
Analyst
Région de l'Atlantique
Agence de la santé publique du Canada

Victor O. Akande, M.H.P.
Responsable territorial
Prévention des maladies chroniques et des blessures
Ministère de la Santé
Gouvernement du Nunavut

AUTRES CONTRIBUTEURS

Leslie Ayre-Jaschke
Consultante

Paul Bélanger
Instituts de recherche en santé du Canada, Institut de la santé des Autochtones

Karen Blondin Hall
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Erin Corston
L'Association des femmes autochtones du Canada

Sara Fryer
Fondation autochtone de guérison

Kokomis Jacqui Lavalley
Chippewas de Nawash

Peggy Lafleur
Le Nechi Institute de recherche et de promotion de la santé

Dr. Alika Lafontaine
Association des médecins indigènes du Canada

Dr. Lynn Lavalleé
Université Ryerson

Melanie Lemire
Université Laval

Cassandra J. Opikokew,
Centre de recherche en santé des peuples autochtones, Université de Regina

Kelly Patrick
L' Association nationale des centres d'amitié

Dr. Jeff Reading
Université de Victoria

Kim Scott
Recherche en santé Kishk Anaquot

Dr. Suzanne Tough
Université de Calgary

Sarah Viehbeck
Instituts de recherche en santé du Canada

Fiola Hart Wasakejic
Association des infirmières autochtones du Canada

Dr. Frederic Wien
Université Dalhousie

Jennifer Yessis
Université de Waterloo

ANNEXE B : MÉTHODES ÉPROUVÉES : GRILLE D'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE CIBLANT LES AUTOCHTONES

CRITÈRE	DÉFINITION	1	2	3	4	RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES REQUIS
Critère n° 1 : **fondement au sein de la communauté**	La mesure dans laquelle les intervenants métis, inuits et des Premières Nations (membres de la communauté, fournisseurs de services, dirigeants de la communauté, Aînés) participent à la planification, à la conception, à la prestation, à l'adaptation et à l'évaluation d'une intervention.	L'idée de l'intervention vient de l'extérieur de la communauté[5] et est mise en œuvre avec la participation restreinte de la communauté (favorise la participation de la communauté sans structure officielle, notamment les comités de projets).	Adaptation d'une approche conventionnelle axée sur un contexte autochtone, avec des structures (comités, réunions de mobilisation communautaire planifiées à l'avance) permettant de mobiliser la communauté dans le cadre de l'adaptation.	L'intervention est fondée sur un besoin déterminé par la communauté et est dirigée par des membres de la communauté, mais elle n'est pas encore bien enracinée dans les systèmes communautaires.	L'intervention est fondée sur un besoin déterminé par la communauté et un solide processus communautaire a été établi. Par exemple, les mesures prises au sein de la communauté pour satisfaire le besoin et l'appropriation de l'intervention (p. ex. conception jusqu'à l'évaluation) sont profondément enracinées dans les systèmes communautaires.	
Justification/ exemples						

[5] Le terme communauté décrit au sens large un groupe de personnes et peut inclure une réserve des Premières Nations, une communauté urbaine ou un territoire métis ou inuit.

CRITÈRE	DÉFINITION	1	2	3	4	RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES REQUIS
Critère n° 2 : **approche holistique**	La mesure dans laquelle une intervention traite d'enjeux multiples, selon une approche holistique axée sur les quatre (4) dimensions suivantes : **(1) Bien-être** : esprit (développement des connaissances, sensibilisation, compétences), corps (activité physique, nutrition), émotion (relations, guérison), âme (bien-être mental, confiance, estime de soi, capacité d'adaptation) (p. ex. un modèle de cercle d'influences peut être utilisé) **(2) Milieux de mise en œuvre** (p. ex. école, communauté, résidence, milieu de travail, commerces) **(3) Nature du groupe cible** (p. ex. enfants, jeunes, Aînés, familles, membres ou dirigeants de la communauté, organisations) **(4) Participation des ministères intersectoriels** (p. ex. éducation, santé, gouvernance, justice, services sociaux)	L'intervention est unidimensionnelle (un groupe cible, une activité, un partenaire) et n'a pas encore pris en compte une perspective holistique.	L'intervention aborde quelques dimensions, mais demeure limitée en ce qui concerne le milieu de mise œuvre ciblé, la vision du mieux-être, la participation des partenaires communautaires et les participants.	L'intervention est multidimensionnelle, a ciblé de multiples milieux de mise en œuvre, groupes de participants, ministères au sein de la communauté et est fondée sur une vision holistique de la santé.	L'intervention est holistique, cible de nombreux milieux (école, résidence, milieu de travail) et/ou groupes de participants (enfants, Aînés, familles, dirigeants communautaires), ministères et met en œuvre une vision holistique de la santé.	
Justification/ exemples						

CRITÈRE	DÉFINITION	1	2	3	4	RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES REQUIS
Critère n° 3 : **intégration du savoir culturel autochtone**	La mesure dans laquelle l'intervention traite officiellement des valeurs, de la culture, des expériences et des principes partagés de la communauté ou du groupe dans laquelle ou lequel elle est exécutée, et les intègre à celle-ci.	Les valeurs, les connaissances, la culture et les perspectives communautaires jouent un rôle informel dans l'intervention (p. ex. on n'a pas encore clairement défini une théorie, un processus ou une structure).	Le savoir autochtone a été utilisé pour adapter une approche globale à l'aide d'une théorie, d'une structure ou d'un processus clairement défini, mais pas dans le cadre d'un processus axé sur la participation communautaire.	Des structures clairement définies (comités, groupes de discussion, processus) sont en place pour faire en sorte que le savoir autochtone est appliqué à l'intervention dans le cadre d'un processus axé sur la participation.	Les valeurs, la culture et les perspectives de la communauté sont intégrées à tous les aspects de l'intervention, de la planification à la mise en œuvre, et continuent d'y contribuer.	
Justification/ exemples						
Critère n° 4 : **s'inspirer des forces et des besoins de la communauté**	La mesure dans laquelle l'intervention tient compte de la capacité ou de l'état de préparation de la communauté (détermination des forces et des faiblesses dans le milieu de la mise en œuvre) dès le début et intègre des mécanismes pour tirer profit des forces et combler les lacunes tout au long du processus de mise en œuvre.	L'intervention témoigne de façon informelle des forces et des besoins de la communauté (lacunes). Une capacité est peut-être en train d'être établie, mais non au sein des groupes inuits, métis et des Premières Nations au sein de la communauté.	La conception de l'intervention reconnaît officiellement les forces des peuples inuits, métis ou des Premières Nations et mise sur elles. Les membres de ces groupes au sein de la communauté établissent des compétences ou des ressources grâce à l'intervention.	La conception de l'intervention reconnaît les forces de la communauté et mise sur celles ci, et tente de combler les lacunes en matière d'expertise, de ressources et de services de la communauté (p. ex. le personnel ou les membres de la communauté établissent des compétences et des ressources exhaustives grâce à l'intervention.	L'intervention contribue à une communauté en croissance et en évolution et est un exemple d'inspiration pour d'autres (p. ex. l'équipe d'intervention a élargi le programme en fonction du succès initial; d'autres peuples inuits, métis ou des Premières Nations utilisent l'intervention comme modèle).	
Justification/ exemples						

CRITÈRE	DÉFINITION	1	2	3	4	RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES REQUIS
Critère nº 5 : **partenariats et collaboration**	La mesure dans laquelle l'intervention est appuyée par d'autres organisations ou institutions au sein de la communauté ou des organisations ainsi que d'autres organismes externes à la communauté (administration fédérale, provinciale, municipale; ONG, institutions). L'accent est mis sur les approches de collaboration pour traiter les besoins ou les questions. ***Les bailleurs de fonds ne sont considérés comme des partenaires que s'ils apportent plus que des fonds à la relation.*	Aucune relation de collaboration et aucun partenariat ne sont associés à l'intervention.	L'intervention utilise une approche axée sur la collaboration qui définit une stratégie de mobilisation des partenaires ou des collaborateurs; toutefois, la mise en œuvre des plans ou la mobilisation des partenaires a comporté des défis de taille.	L'intervention met en jeu des partenaires ou des collaborateurs actifs guidés par une stratégie de collaboration; toutefois, il y a place à l'amélioration en ce qui a trait à l'approfondissement des partenariats ou des relations de collaboration (p. ex. quelques difficultés ont été cernées en ce qui concerne les partenariats).	L'intervention met en jeu des partenaires ou des collaborateurs actifs guidés par une stratégie de collaboration, et ces partenariats ou collaborations sont reconnus (par la communauté) pour leur contribution au traitement des besoins ou des questions (p. ex. l'identification de champions de projet peut être une indication de la qualité des relations).	
Justification/ exemples						

CRITÈRE	DÉFINITION	1	2	3	4	RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES REQUIS
Critère n° 6 : **efficacité**	La mesure dans laquelle une intervention a permis d'obtenir des résultats positifs prévus et/ou non prévus qui sont substantiellement[6] ou statistiquement significatifs au sein des groupes cibles (p. ex. participants au programme, communautés, organisations et/ou partenaires).	Les données émergentes laissent entrevoir des résultats positifs au sein des groupes cibles, mais les rapports sont préliminaires ou limités (c. à d. que les données sont fondées sur les premières étapes de la mise en œuvre et/ou les données sont limitées ou difficilement vérifiables).	Réalisation (substantiellement[7] et/ou statistiquement) significative et/ou changement en ce qui concerne les connaissances ou la sensibilisation au sein des groupes cibles. Partenariat, réseau ou élaboration d'une capacité organisationnelle limitée au sein des groupes cibles.	Réalisation (substantiellement[8] et/ou statistiquement) significative concernant des résultats positifs (p. ex. attitudes, intentions ou valeurs; établissement de partenariats, de réseau et développement de la capacité organisationnelle) au sein des groupes cibles. Atteinte de certains résultats positifs ayant trait aux résultats concernant un changement de comportement; toutefois, les changements ne sont peut-être pas encore statistiquement ou substantiellement significatifs au sein des groupes cibles.	Réalisation (substantiellement[9] et/ou statistiquement) significative ayant trait aux résultats concernant un changement de comportement (p. ex. changement au niveau de la pratique personnelle ou professionnelle; changement organisationnel, systémique ou stratégique) au sein des groupes cibles.	
Justification/ exemples *Inclure des exemples de tous les types de résultats*						

[6] Le terme signification substantielle est utilisé de façon générale pour désigner non seulement la taille de l'effet quantitatif, mais pour inclure également des considérations qualitatives ou pratiques telles que l'importance culturelle, politique ou économique. Autrement dit, la signification substantielle renvoie à la mesure dans laquelle les conclusions sont significatives dans la communauté et le contexte où elles sont observées.

[7] Ibidem

[8] Ibidem

[9] Ibidem

ANNEXE C : NOUVELLES INTERVENTIONS CIBLANT LES AUTOCHTONES SUR LE PORTAIL

Voici les interventions ciblant les Autochtones qui étaient affichées sur le Portail en date du 8 janvier 2015, et qui ont été évaluées au moyen de la nouvelle grille d'évaluation des Méthodes autochtones éprouvées.

« Caring for the Circle Within », un programme de guérison axé sur la terre à l'intention des femmes, au lac Jackson Lake

Il s'agit d'un programme de guérison à temps plein se déroulant dans la nature et alliant l'approche clinique occidentale et l'approche de guérison des Premières Nations pour soutenir les adultes aux prises avec les séquelles d'un traumatisme (généralement le traumatisme intergénérationnel associé aux pensionnats indiens). Grâce à ce soutien additionnel, on s'attend à ce que les participants aient des interactions plus positives avec leur famille et leur communauté et à ce qu'ils acquièrent des connaissances et des habiletés (traditionnelles et courantes) pouvant être appliquées pour surmonter les difficultés de la vie quotidienne. Trois camps ont eu lieu, soit deux camps destinés aux femmes et un camp destiné aux hommes. De manière générale, les participants avaient des problèmes de toxicomanie ou des problèmes liés à une incarcération antérieure.

Non aux boissons gazeuses

Il s'agit d'une initiative panterritoriale annuelle d'une durée d'un mois organisée dans les écoles en vue d'encourager les jeunes à réduire leur consommation de boissons sucrées et à augmenter leur consommation d'aliments sains. Les élèves peuvent créer des affiches, participer à des activités spéciales, recevoir des prix et des récompenses qui visent à encourager les jeunes à dire non aux boissons gazeuses. Lancée au Nunavut en 2003, l'initiative a été reproduite au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest. Elle a également été adaptée par au moins une communauté des Premières Nations (James Bay Cree).

Programme communautaire de corps de cadets de Hobbema

Programme de la ville de Hobbema, en Alberta, qui vise à promouvoir les facteurs positifs et à réduire les facteurs de risque chez les jeunes. Le programme a été conçu et est offert par deux agents de la Gendarmerie royale du Canada (GRC) à l'aide d'un cadre des atouts de développement. Il comprend des réunions, la participation à des événements communautaires et à d'autres activités. Bien qu'il ait connu un taux de participation médiocre, le projet a entraîné une nette augmentation à la fois des atouts personnels chez les jeunes à risque et des atouts externes, tels que le soutien de la communauté.

Journey to Wellness (J2W) (Sur le chemin du mieux-être)

Journey to Wellness (J2W) (Sur le chemin du mieux-être) est un programme de huit semaines offert en milieu scolaire à l'intention des Autochtones de 12 à 18 ans qui vise à aider les jeunes à acquérir des habitudes de vie saines tout en examinant les facteurs de risque de suicide et les facteurs de protection. Dans le cadre du programme, les jeunes participent à des activités hebdomadaires axées sur l'établissement de relations, la résolution de problèmes, l'estime de soi, les mythes et réalités sur le suicide, le réseautage et la planification de vie.

Projet de prévention du diabète des écoles de Kahnawake (QB)

Le programme de prévention du diabète des écoles de Kahnawake (PPDEK) est un programme scolaire de prévention du diabète chez les enfants de 6 à 11 ans en vigueur depuis 1994. Ce programme de santé est basé sur le programme scolaire (10 leçons de 45 minutes par année scolaire) de la 1re à la 6e année, et prévoit aussi des activités complémentaires à l'échelle de la collectivité.

Projet Écoles en action de Kainai

Le conseil scolaire de Kainai et les écoles participant au projet Écoles en action (EAS) unissent leurs efforts pour déterminer comment améliorer la santé et le bien-être chez les jeunes de la communauté. Dans le cadre de ce projet, les jeunes ont participé à l'initiative Activité physique quotidienne à l'école secondaire, et des journées de vie active ainsi que d'autres campagnes de sensibilisation communautaires ont été organisées à l'échelle de la communauté. Un projet de montage photographique a été utilisé pour documenter le projet et les résultats obtenus à ce jour. Les élèves participants disent avoir davantage confiance en eux, être en meilleure santé et avoir une plus grande motivation.

S'écouter les uns les autres

Il s'agit d'une adaptation du « Strengthening Families Program » (Programme de renforcement des familles) élaboré aux États-Unis. Le programme été adapté pour la population autochtone aux É.U. avec des résultats relativement positifs, puis par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) en 2011 pour un certain nombre de communautés autochtones au Canada. Ce programme de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues axé sur la famille comprend 15 séances hebdomadaires d'apprentissage par l'expérience portant sur des thèmes qui touchent les jeunes de 10 à 12 ans et leur famille. Les résultats de l'adaptation du programme des É.U. révèlent un taux élevé de persévérance des familles participantes en ce qui concerne les programmes ayant fait l'objet d'une adaptation culturelle, des niveaux élevés de participation de la part des familles et des répercussions importantes sur le comportement des jeunes.

Projet « Greenhouse & Farm » à la Première Nation de Little Salmon/Carmacks (Yukon)

La Première Nation de Little Salmon/Carmacks a lancé ce projet de jardin communautaire en 2000. Le jardin produit des aliments frais qui sont distribués dans la communauté en accordant la priorité aux personnes atteintes du diabète, aux femmes enceintes, aux mères qui allaitent et aux élèves d'une école locale. Le programme offre également plusieurs possibilités d'emploi pour les membres de la communauté. Parmi les résultats observés, mentionnons une forte demande pour les légumes frais, un nombre croissant de résidents ayant aménagé leur propre jardin, une grande fierté et l'attention des médias. La Première Nation a également été abordée par d'autres communautés qui souhaitaient en savoir plus sur le modèle et les pratiques.

Makimautiksat Youth Wellness and Empowerment Camp (Nunavut)

Un programme de camps d'été élaboré à l'issue d'un processus de consultation d'une année et demie avec les jeunes, les parents, les membres de la collectivité et les enseignants à Nunavut. Ce camp communautaire de 10 jours sur les terres est centré sur la promotion du bien-être, de l'identité inuite positive, le développement de la conscience communautaire et le développement des compétences.

Programme Nimi Icinohabi

Il s'agit d'un programme de prévention de la toxicomanie fondé sur des données probantes qui est destiné aux jeunes Autochtones (de la 3e à la 9e année). Ce programme a été examiné et adapté par la Nation sioux des Nakota d'Alexis de manière à intégrer les croyances culturelles, les valeurs, la langue et les images visuelles de son peuple. Le programme adapté a été offert aux élèves de l'école de la Nation sioux des Nakota d'Alexis, et les changements liés aux connaissances, aux attitudes, à la capacité de dire non et aux croyances personnelles ont été mesurés. Les avantages et les difficultés liés à l'adaptation du programme ont été consignés.

Programme d'arts martiaux autochtones

Un programme d'arts martiaux élaboré et axé sur la culture qui est offert aux adultes autochtones vivant en milieu urbain depuis 1997. Ce programme, établi par George Lépine, est fondé sur les manœuvres de combat des Cree. L'Okichitaw vise l'autonomie des élèves et le renforcement de la force psychologique et physique.

Reclaiming Our Ancestral Footsteps

Projet de promotion de la santé mentale à l'intention des jeunes Mi'kmaq et Malécites de la Première Nation d'Elsipogtog (Big Cove) au NouveauBrunswick. Ce projet s'inscrit dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones (SNPSJA) qui organise des camps culturels permettant à des jeunes de 16 à 18 ans d'apprendre à connaître la culture, la langue et les traditions de leur peuple sous la direction d'aînés et d'autres personnes-ressources, de même que des stratégies de mieux-être personnel et de guérison. Le camp, qui a connu un franc succès, a pris la forme d'un événement communautaire lorsque Big Cove a perdu le financement des activités de la SNPSJA.

Projet de santé et de prévention du diabète de Sandy Lake

Un programme de prévention du diabète à volets multiples mis en œuvre au cours des 20 dernières années dans une collectivité éloignée des Premières Nations accessible uniquement par voie aérienne au nord de l'Ontario. L'intervention concerne : un programme d'apprentissage en milieu scolaire sur la prévention du diabète pour les enfants de 3e et de 4e année; une émission radio sur la prévention du diabète; et des activités communautaires visant à accroître la sensibilisation et la prévention du diabète. Le programme a été élaboré et surveillé par l'entremise d'un partenariat collaboratif entre la collectivité et des chercheurs universitaires.

Take A Kid Trapping/Harvesting

Programme sur le terrain lancé en 2002 qui vise à donner aux enfants autochtones d'âge scolaire l'occasion de participer à des activités de récolte de nourriture et d'acquérir d'autres compétences traditionnelles. Le programme a pour objet de répondre au besoin d'apprendre à pratiquer la chasse à la trappe chez les jeunes Autochtones. Chaque communauté participante est invitée à s'inscrire à un programme de partage des coûts et à adapter les activités du programme à ses propres besoins et traditions en mettant à contribution des aînés et des trappeurs locaux. Les enfants participent à des camps et à d'autres activités où les membres des communautés locales leur enseignent un certain nombre de compétences liées à la consommation d'aliments traditionnels : mettre au point des pièges, chasser, pratiquer le trappage, conserver la viande, etc. En 2012, 2 400 enfants des T.N.O. ont participé au programme.

ANNEXE D : SYNOPSIS DES SOURCES CONSULTÉES EN CE QUI CONCERNE UNE « BONNE PRATIQUE » DANS DES CONTEXTES AUTOCHTONES

Réseau canadien autochtone du sida (RCAS) **« Bonne pratique » (RCAS, 2004)**	• Approches communautaires • Soins holistiques • Traitement et soutien • Sensibilisation de la communauté • Éducation et counseling des groupes présentant un risque élevé • Dépistage des infections transmissibles sexuellement (ITS) comme mesure de prévention • Réduction des méfaits dans le cas des toxicomanies • Pratiques sexuelles saines • Programmes viables en ce qui concerne le financement, les ressources et la défense des droits
Australia National Institute of Health Research **« Bonne pratique » (comme il a été mentionné dans le rapport de la FADG, 2006)**	• Besoins définis par la communauté • Partenariats établis entre les travailleurs de la santé autochtones et non autochtones • Ressources et soutien organisationnel adéquats • Projets pris en charge par les communautés et les travailleurs de la santé autochtones • Définition des résultats • Viabilité
Johnston Research Inc. *Identification of Promising Practice in Physical Activity* (document non publié, en anglais seulement) **« Pratique prometteuse/ exemplaire »**	• Approche holistique ancrée dans la culture • Pratiques de guérison traditionnelles • Services mixtes • Approches axées sur la communauté et conçues pour celle ci • Recrutement, maintien en poste, renforcement des capacités • Prévention et promotion • Recherche et évaluation

Rethinking Nursing Best Practices with Aboriginal Communities: **Informing Dialogue and Action (Smith et al., 2010) (en anglais seulement)**	Selon les renseignements obtenus auprès de 16 personnes-ressources du domaine de la santé des Autochtones et des pratiques exemplaires, et d'après la revue de la littérature. Littérature : • Il est important de reconnaître les nombreux types de savoir et une approche de type « pratique exemplaire » permet d'intégrer ces différents types de savoir (Brant-Castellano, 2001; Dion-Stout et Kipling, 2001; Anderson, 2003; Smylie, 2004). • Le savoir autochtone est très important, car il révèle entre autres les valeurs et les principes d'une communauté (Alderete, 1996) • L'évaluation doit tenir compte de points de vue multiples, y compris les points de vue des clients, des fournisseurs de services, des membres de la communauté et des partenaires • Les pratiques exemplaires doivent s'inscrire dans le contexte historique et culturel d'une communauté, et tenir compte des besoins et de la réalité de celle ci • Résultat des entrevues : • Utilisation des cadres d'évaluation autochtones – ancrés dans la culture, la connaissance et le contexte – le fait de valoriser et d'utiliser les connaissances qui existent dans la communauté permettra d'obtenir des pratiques qui sont plus pertinentes – qui participe à l'élaboration du programme? – les Aînés, les membres de la communauté • Renforcer les capacités et appuyer l'autodétermina-tion – le programme tient il compte des besoins de la communauté? – les membres de la communauté ont il participé à la planification du programme? – comment les partenariats fonctionnent ils? – sont ils fondés sur le principe de l'égalité? • Respect de la culture – fournir des soins en cherchant à comprendre le contexte culturel propre à la personne concernée
Critères de l'ONSA (comme il a été mentionné dans le rapport de la FADG, 2006)	• Répercussions • Viabilité • Capacité d'adaptation • Approche axée sur le client, l'égalité entre les sexes et l'inclusion sociale • Accès, coordination et intégration • Leadership et innovation • Possibilités de reproduire les interventions • Santé et politique • Capacité d'évaluation

Conseil canadien de la santé (2011). *Compendium of Promising Practice* (en anglais seulement)	Critères utilisés pour évaluer les pratiques dans le Compendium (processus informel) • Pratique reconnue comme une méthode qui permet d'améliorer l'état de santé des Autochtones • Pratique tenant compte des intérêts et des expériences de nombreuses personnes • Pratique valorisée et appuyée par les intervenants pertinents • Pratique bien connue ou pour laquelle il existe des antécédents de réussite • Pratique adaptable – tenant compte du contexte communautaire • Pratique ayant été évaluée, idéalement Caractéristiques d'une pratique exemplaire dans le Compendium • Approche holistique • Accent sur le mieux être, et non sur la maladie • Connaissances traditionnelles et pratiques culturelles • Accès coordonné à une équipe multidisciplinaire de professionnels de première ligne • Appropriation par la communauté et autodétermination • Collaboration et intégration • Harmonisation des pratiques des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux avec celles des dirigeants et des communautés autochtones • Financement stable • Données probantes et obligation de rendre compte • Éducation et formation de soutien
***Le renforcement des familles autochtones urbaines : Examen de pratiques prometteuses* (Scott, 2013)**	• Mobiliser les familles en les faisant participer de façon significative à des réunions de conseils ou de comités locaux, ou en réagissant efficacement à leur rétroaction ou à leur initiative communautaire • Cultiver une grande compétence culturelle ou une capacité à s'adapter de façon fonctionnelle aux modalités de guérison traditionnelles ou de travailler avec celles ci • Créer et maintenir des partenariats durables permettant de lever les obstacles liés aux territoires de compétence qui viennent compliquer la prestation des services aux familles autochtones vivant en milieu urbain • Fournir un emplacement centralisé pour la prestation de services intégrés • Produire les résultats escomptés • Émerger d'un processus créatif où les politiques et les protocoles évoluent pour mieux répondre aux besoins des clients • Faire abstraction du statut des Autochtones (c'est à dire accepter tous les Autochtones quel que soit le statut auquel ils s'identifient) • Adapter facilement les services aux divers contextes ou milieux urbains • Intégrer facilement les services à d'autres services de soutien familial pouvant être axés sur un autre aspect que le fonctionnement de la famille (p. ex. l'emploi, l'éducation ou le logement)

ANNEXE E : SPÉCIALISTES INTERROGÉS

Dre Alika Lafontaine
Vice-présidente
Association des médecins autochtones du Canada

Cassandra J. Opikokew
Application des connaissances
Centre de recherche sur la santé des peuples autochtones (IPHRC) [Université de Regina]

Donna Atkinson
Gestionnaire
Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

Erin Corston
Directrice de la santé
Association des femmes autochtones du Canada

Fiola Hart Wasakejic
Directrice exécutive
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC)

Kelly Patrick
Consultante en programmes
Association nationale des centres d'amitié (ANCA)

Dre Lynn Lavallée
Métis et spécialiste en matière de sports et de loisirs
Directrice adjointe, Programme universitaire de premier cycle, et professeure agrégée
Université Ryerson

Peggy Lafleur
Directrice
Nechi Training, Research and Health Promotions Institute

Paul Bélanger
Directeur adjoint
Instituts de recherche en santé du Canada
Institut de la santé des Autochtones

Sara Fryer
Gestionnaire de projet
Fondation autochtone de guérison

ANNEXE F : GUIDE D'ENTREVUE

Portail Web des pratiques exemplaires en matière de santé des Autochtones Projet de recherche

Le projet sur les pratiques exemplaires en matière de santé des Autochtones vise à mettre en évidence les pratiques employées dans les programmes autochtones à l'échelle mondiale à l'aide d'un Portail Web. Dans le cadre de ce projet de recherche, nous collaborerons et tiendrons des consultations avec des spécialistes de la recherche en santé des Autochtones et de la prestation des programmes par le biais de notre groupe de travail, d'entrevues téléphoniques et de réunions en personne dans les communautés. Nous demanderons à ces spécialistes de nous aider à approfondir notre réflexion sur les critères qui permettront de définir rigoureusement les programmes pouvant servir d'exemple en utilisant le point de vue des Autochtones et en respectant les types de savoir autochtone. En nous appuyant sur ces conversations, nous élaborerons un cadre des pratiques exemplaires en matière de santé des Autochtones, et nous pourrons ensuite recenser systématiquement les programmes pouvant servir d'exemple. Nous communiquons donc avec vous aujourd'hui pour bénéficier de votre savoir et approfondir nos connaissances sur les questions suivantes : 1) quels sont les principaux besoins des membres de la communauté en matière de programmes de promotion du mieux-être mental et de promotion d'un poids santé? 2) quelles sont les notions liées aux types de savoir autochtone et aux façons d'être autochtone dont il faut tenir compte lorsqu'on évalue un programme pour déterminer s'il s'agit d'une pratique exemplaire? et 3) quels programmes nous recommanderiezvous d'inclure à titre d'exemple dans la section sur la santé des Autochtones du Portail Web?

La section sur la santé des Autochtones sera ajoutée au site Web de l'Agence qui s'intitule « Portail canadien des pratiques exemplaires » à l'adresse http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/. Le Portail, qui est alimenté par le gouvernement fédéral, met à votre disposition des ressources et des solutions pour planifier des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies dans votre communauté.

Vos commentaires sont confidentiels et serviront à éclairer notre réflexion et les approches que nous utiliserons dans le cadre de ce projet. Vous pouvez m'interrompre en tout temps pour poser des questions. Vous pouvez également mettre fin à notre conversation en tout temps.

Est-ce que vous consentez à partager vos connaissances et votre expertise pour les besoins que je viens de vous expliquer?

Pour toute question à ce sujet, n'hésitez pas à communiquer avec Nina I Jetha, gestionnaire, Portail des pratiques exemplaires, Agence de la santé publique du Canada, au 613-952-7608, ou avec Johnston Research Inc., la société d'expertsconseils des Premières Nations qui est responsable des travaux de recherche, au 905-889-4430 ou au 1-866-885-9940.

QUESTIONS D'ENTREVUE

Identification Date

Q1. Nous avons adopté deux noms pour désigner les zones de contenu du Portail Web qui sont propres aux questions liées à la santé des Autochtones : « Mieuxêtre mental » et « Poids santé »; selon vous, est-ce que ce vocabulaire est approprié pour désigner les enjeux visés par les programmes de promotion de la santé mentale et de prévention de l'obésité?

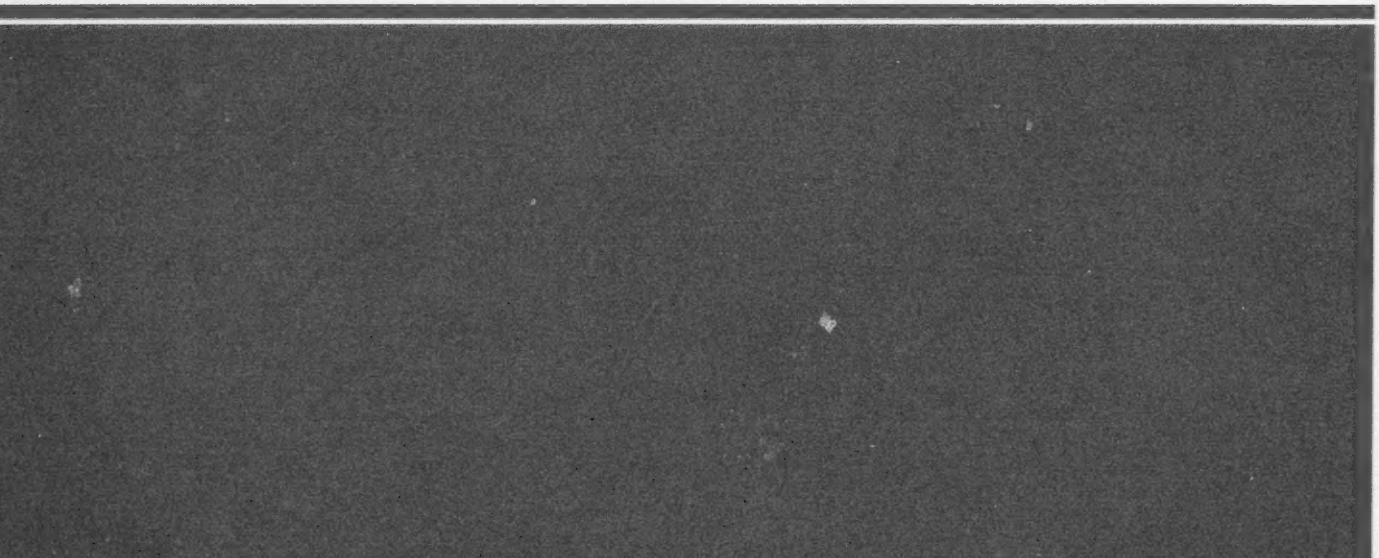
Q2. [a] Comment définiriezvous le mieuxêtre mental?
[b] Quelles sont les priorités en matière de mieuxêtre mental qui devraient être mises en évidence sur le Portail Web?

Q3. [a] Comment définiriezvous la promotion d'un poids santé?
[b] Quelles sont les priorités en matière de promotion du poids santé qui devraient être mises en évidence sur le Portail Web?

Q4. Selon vous, quels sont les facteurs qui contribuent à l'efficacité des programmes de mieuxêtre mental chez les Autochtones? (p. ex. le processus, la communauté, la culture, la collaboration)

Q5. Selon vous, quels sont les facteurs qui contribuent à l'efficacité des programmes de promotion d'un poids santé chez les Autochtones? (p. ex. le processus, la communauté, la culture, la collaboration)

Q6. Donnez des exemples de programmes que vous recommanderiez pour le Portail Web des Autochtones?

Q7. Selon vous, quelles sont les meilleures méthodes à utiliser pour mettre en commun le contenu du Portail Web de manière à rejoindre le plus grand nombre de professionnels de la santé communautaire possible?

Q8. Aimeriezvous ajouter autre chose?